CONSTANTIN URSONIU

IGIENA SEXUALĂ

EDITURA FACLA

ASCLEPIOS

CONSTANTIN URSONIU

IGIENA SEXUALĂ

Scanned with OKEN Scanner

Redactor : GHEORGHE MANDICI
Tehnoredactor : IOAN I. IANCU
Coperta : NICOLAE SÎRBU

Bun de tipar : 14.10.1980. Apărut 1980.
Coli tipar : 14.

Întreprinderea Poligrafică „Banat"
Timişoara, Calea Aradului nr. 1.
Comanda nr. 96.

Scanned with OKEN Scanner

Prof. dr. CONSTANTIN URSONIU

IGIENA SEXUALĂ

EDITURA FACLA
TIMIȘOARA, 1980

Scanned with OKEN Scanner

PREFAȚĂ

În cadrul medicinei, Igiena este considerată ca „Ştiinţa sănătăţii". Noţiunea de sănătate a fost definită de OMS ca „o stare bună fizică, mintală şi socială care nu constă numai în absenţa bolii sau infirmităţii". Interrelaţia dintre aceste atribute este atît de strînsă încît nu se poate concepe o dezvoltare sănătoasă fizică şi neuropsihică fără asigurarea unor condiţii social-economice corespunzătoare.

În ţara noastră, „Asigurarea sănătăţii populaţiei, afirmarea deplină a capacităţii de muncă şi creaţie a omului, creşterea şi educarea unor generaţii viguroase, capabile să perpetueze şi să ducă mai departe înaltele virtuţi morale şi spirituale ale poporului, constituie obiective principale ale politicii partidului şi statului în procesul multilateral de dezvoltare şi înflorire a patriei, de ridicare a bunăstării şi prosperităţii întregii naţiuni" (Legea nr. 3/1978 privind asigurarea sănătăţii populaţiei, art. 1).

În acest context Igiena sexuală are ca scop studiul factorilor care contribuie la păstrarea şi perfecţionarea stării de sănătate, începînd din copilărie şi pînă la bătrîneţe, în vederea pregătirii şi asigurării unei vieţi sănătoase în cadrul căsătoriei, a cărei stabilitate şi reuşită este puternic influenţată de existenţa unei armonii sexuale bazate pe o concepţie etică şi un climat moral sănătos.

Scanned with OKEN Scanner

Această carte abordează, fără pretenția de a le epuiza, numeroasele probleme dificile și complexe ale relațiilor heterosexuale la persoane sănătoase, normale.

Avînd un important caracter instructiv-educativ, direcționat profilactic, ea interesează toată populația, exceptînd bineînțeles pe cea infantilă. Înscriindu-se în cadrul preocupărilor vizînd „medicina omului sănătos", Igiena sexuală, bazîndu-se pe fapte din domenii foarte diferite ale cunoașterii, stabilește legături, creează sinteze și elaborează integrări proprii, cu un important caracter profilactic.

Astfel, pe lîngă aspectele vieții sexuale, ea menționează existența bolilor transmise prin contact sexual, pentru a căror prevenire, o educație sexuală bine documentată și convingătoare, este esențială.

În numeroase cazuri, deteriorarea legăturilor afective și a relațiilor sexuale conjugale, mergînd uneori pînă la destrămarea familiei, are la bază o incredibilă ignorare a celor mai elementare noțiuni de anatomie, fiziologie și igienă a organelor genitale, nu rareori însoțite de prejudecăți cu implicații deosebit de grave pentru dinamica sexuală a cuplului.

Viața sexuală normală, igienică, trebuie considerată aceea care favorizează activitatea profesională a ambilor soți, stimulînd energia creatoare a acestora, prin realizarea unei armonii sexuale, bazată pe afecțiune și încredere reciprocă, factor important în creșterea natalității, educarea și dezvoltarea armonioasă a tinerei generații.

Să nu uităm că „Scopul final al medicinei nu este numai să vindece sau să prevină bolile, ci chiar să-i perfecționeze pe oameni și să-i facă mai fericiți, făcîndu-i mai buni" (Hipocrate).

Pentru sprijinul acordat la realizarea acestei cărți în cele mai bune condiții, aduc și pe această cale viile mele mulțumiri Editurii „Facla".

Autorul

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Totalitatea caracteristicilor psiho-somatice, legate direct sau indirect de sex, definesc noţiunea de sexualitate. Aceasta provine din limba latină de la „sectus", care înseamnă „despărţit", ilustrînd existenţa a două sexe biologic distincte : bărbat — femeie. Sexualitatea a influenţat diferite aspecte culturale, artistice, sociale şi economice ale colectivităţilor umane, ea fiind la originea a numeroase legi, norme de conduită şi reguli morale ale societăţii. Educaţia sexuală are drept scop ajutarea individului şi colectivităţii pentru a duce o viaţă sexuală normală în concordanţă cu etica şi cu normele morale ale societăţii.

Sănătatea sexuală presupune existenţa a trei condiţii fundamentale [57, 95] :

1. A fi capabil să te bucuri de un comportament sexual şi de reproducerea în concordanţă cu etica şi normele morale ale societăţii.

2. A fi scutit de sentimente de teamă, de ruşine, de vinovăţie şi de alţi factori psihologici care inhibă şi perturbă activitatea sexuală.

3. A fi lipsit de boli şi deficienţe anatomo-funcţionale care se interferează cu funcţiile sexuale şi de reproducere.

Orice acţiune de educaţie sexuală trebuie să abordeze aceste trei puncte, adaptîndu-se situaţiei specifice.

Problemele sexuale au întotdeauna o dimensiune socială, educaţia sexuală constituind un element important în pregătirea tinerilor pentru viaţa socială, pentru viaţa familială, pentru perfecţionarea relaţiilor sexuale conjugale în vederea păstrării şi promovării sănătăţii sexuale, pentru prevenirea bolilor transmise prin contact sexual.

Sexualitatea umană este de competenţa medicului, iar tratarea problemelor sexuale face parte integrantă din îngrijirile medicale cu caracter preventiv sau curativ pentru păstrarea stării de sănătate a individului şi a colectivităţilor umane.

În materie de educaţie sexuală, arta de a comunica cu interlocutorul sau interlocutorii este primul şi cel mai important factor. Uneori părinţii, pedagogii şi chiar personalul medico-sanitar, datorită unor carenţe în acest domeniu, evită confruntarea directă cu problemele sexualităţii, con-

Scanned with OKEN Scanner

siderînd viața sexuală cu ceva secret, foarte intim, la care nu se fac decît aluzii mai mult sau mai puțin vagi, sau se citează aspecte la modul anecdotic.

Abordarea adecvată a multiplelor aspecte ale vieții sexuale presupune o atitudine activă și o critică lucidă față de unele manifestări pasiviste, tributare unei mentalități retrograde, încorsetate în ideea că tot ce ar ține de organele genitale și de reproducere este rușinos, inabordabil, trivial și imoral.

Avînd ca scop ridicarea pe o treaptă superioară a existenței și a relațiilor interumane, educația sexuală nu se poate limita numai la sfaturi și măsuri privind mai ales procreația sau profilaxia și combaterea bolilor transmise prin contact sexual. Cei care se ocupă cu aspectele preventive și curative ale sănătății sexuale și în special personalul medico-sanitar este absolut necesar să aibă [57] :

1. O informare corectă, științifică, asupra aspectelor biologice și psihologice ale dezvoltării organismului, ale funcției de reproducere, ale diversității comportamentelor sexuale, ale disfuncțiilor și ale patologiei sexuale.

2. O atitudine receptivă față de problemele sexualității, care să le permită o abordare obiectivă a diferitelor aspecte ale vieții sexuale.

3. Capacitatea de a desfășura o muncă de educație eficientă, de a da sfaturi competente și de a preciza măsuri curativo-profilactice în domeniul sexualității și al vieții umane.

Asistența medicală în domeniul sănătății sexuale trebuie să se axeze pe următoarele direcții, în strînsă interdependență unele cu altele :

1. Educația sexuală e necesar să fie o parte integrantă a medicinei preventive, constituind o puternică pîrghie pentru sprijinirea persoanelor de ambele sexe care au dificultăți în activitatea sexuală.

2. Acordarea de sfaturi și indicații competente, atît persoanelor cît și cuplurilor conjugale care trebuie să depășească anumite momente, uneori dificile și complicate, ale vieții sexuale.

3. Acordarea unei asistențe medicale de specialitate, în scop terapeutic, în cazurile în care gravitatea problemelor sexuale impune acest lucru [57].

În pregătirea personalului medico-sanitar asupra problemelor de sexualitate există încă tendința de a se pune accentul pe comportamentele anormale, pe deviațiile sexuale și pe aspectele de patologie majoră. Astfel, în învățămîntul medical, problemele de sexologie sînt abordate de către diverse specialități : dermato-venerologie, psihiatrie, medicina legală, endocrinologie, ginecologie etc., în multe cazuri tratarea limitîndu-se numai la unele aspecte privind fiziologia și patologia reproducerii.

Tinerii trebuie învățați cum să-și păstreze sănătatea pentru a se bucura de o viață activă pînă la o vîrstă cît mai înaintată, starea de sănătate a persoanelor în vîrstă fiind rezultatul modului de viață, pe care l-au dus și al sănătății pe care au avut-o din copilărie și pînă la bătrînețe.

Nu trebuie să se uite că starea de sănătate a generațiilor viitoare și longevitatea acestora este condiționată de generația de astăzi, de starea de sănătate a acesteia și de eficiența educației igienico-sanitare, adresată tuturor vîrstelor.

Scanned with OKEN Scanner

MORFOLOGIA SEXELOR

Organismul femeii se deosebeşte de cel al bărbatului prin caracteristici bine precizate, multe din ele măsurabile. Oasele scheletului la femei au dimensiuni mai reduse decît la bărbaţi. Oasele craniului şi cele ale bazinului prezintă cele mai mari diferenţe la cele două sexe. La femeie, înclinaţia mai accentuată a bazinului favorizează o evidenţiere a regiunilor fesiere şi o ascundere a organelor genitale externe. Lărgimea bazinului femeii face ca diametrul bitrohanterian să predomine faţă de cel biacromial, în timp ce la bărbat predomină ultimul. Raportată la înălţime, extremitatea cefalică a femeii este relativ mai mare decît la bărbat, în schimb, toracele este mai alungit, mai îngust, talia este mai subţire, iar bustul relativ mai mare.

La femeie, raportat la greutatea corporală, scheletul reprezintă circa 15%, ţesutul muscular circa 36%, iar ţesutul adipos circa 30%, în timp ce la bărbat, scheletul reprezintă circa 20%, ţesutul muscular circa 40%, iar ţesutul adipos circa 20%. La femeie ţesutul adipos este mai bogat reprezentat, localizările elective fiind în regiunea fesieră, abdominală, muntele lui Venus, regiunea perimamară, regiunea retrocervicală şi retrotoracală, retrodeltoidiană, retrosacrată, supra şi retrotrohanteriană.

Localizarea ţesutului adipos la bărbat predomină în partea superioară a corpului, iar la femeie în partea inferioară. Repartizarea diferită a grăsimii la cele două sexe a dus la elaborarea unor indici de diferenţiere. Astfel, ţinîndu-se seamă de circumferinţa coapsei şi greutate, pentru diagnosticul antropometric al sexului, s-a propus indicele (Milcu, Şt., Georgescu, V., 1957 [111]) :

$$\frac{\text{circumferinţa coapsei}}{\text{greutate}} \times 100 = y,$$ care are o valoare medie de 82 la bărbaţi şi 105 la femei.

Sînii, elemente fundamentale ale plasticii feminine, la bărbat au o dezvoltare rudimentară.

În ceea ce privește pilozitatea, la bărbat aceasta cuprinde zona toracală, presternală și perimamelonară, membrele inferioare, antebrațe, partea superioară a gîtului, partea inferioară a feții și regiunea de deasupra buzei superioare.

Pilozitatea pubiană se prezintă ca o zonă cu convexitatea în sus la bărbat și cu concavitatea în sus la femeie (muntele lui Venus). La bărbat pilozitatea se constată și în regiunea perineală, perianală și fața internă a coapselor.

La nivelul extremității cefalice, la bărbat pielea prezintă golfuri frontale laterale și mediane, iar în regiunea cefei pilozitatea este mai dreaptă comparativ cu cea de la femeie care prezintă trei prelungiri descendente. La bărbat se întîlnește, de asemenea, proeminența cartilajului tiroid, numit și „mărul lui Adam".

Diferențierea morfologică esențială între bărbat și femeie se manifestă însă mai pregnant în domeniul caracterelor sexuale.

Caracterele sexuale se clasifică după cum urmează :

1. **Caractere sexuale anatomice primare.** Există la naștere și cuprind gonadele, organele genitale interne și externe.

2. **Caractere sexuale anatomice secundare.** Apar în perioada pubertății, fiind complet dezvoltate după adolescență. Ele se pot împărți în caractere sexuale secundare :

a) *genitale* — dezvoltarea penisului, prostatei, veziculelor seminale la bărbat sau dezvoltarea vulvei, vaginului, ovarului la femeie.

b) *extragenitale* — dezvoltarea pilozității, musculaturii, glandelor mamare etc.

3. **Caractere sexuale terțiare.** Constau în prezența unui comportament sexual diferit caracteristic fiecărui sex.

4. **Caractere sexuale cuaternare.** Sînt reprezentate de diferențele biochimice caracteristice fiecărui sex : hormoni, microelemente, substanțe chimice complexe, apă etc.

Scanned with OKEN Scanner

ORGANELE GENITALE ŞI FUNCŢIA DE REPRODUCERE LA FEMEIE

ORGANELE GENITALE INTERNE

Acestea sînt : ovarele, trompele uterine, uterul şi vaginul.

1. OVARUL

Este glanda sexuală pereche care are o funcţie gametogenă şi endocrină, producînd ovule şi hormoni sexuali.

Ovarele sînt situate în micul bazin, de ambele părţi ale uterului ; comparat cu o migdală, ovarul are o greutate de 4—8 g, lungime de 3—5 cm, lăţimea de 2—3 cm şi grosimea de 1 cm, iar la suprafaţă o culoare roşiatică, exteriorul prezentînd cicatrici şi depresiuni ce au fost comparate cu cele de pe suprafaţa exterioară a sîmburelui de piersică. Avînd o direcţie puţin oblică de sus în jos, extremitatea internă fiind orientată spre uter, iar cea externă spre trompă, ovarul este menţinut în această poziţie prin ligamentul utero-ovarian, care se întinde de la extremitatea inferioară pînă la uter şi ligamentul tubo ovarian, care se întinde de la extremitatea superioară pînă la pavilionul trompei. Ovarul este acoperit de peritoneu numai pe o porţiune redusă, fiind comparat cu o ghindă prinsă în capsula ei (Fig. 1).

Scanned with OKEN Scanner

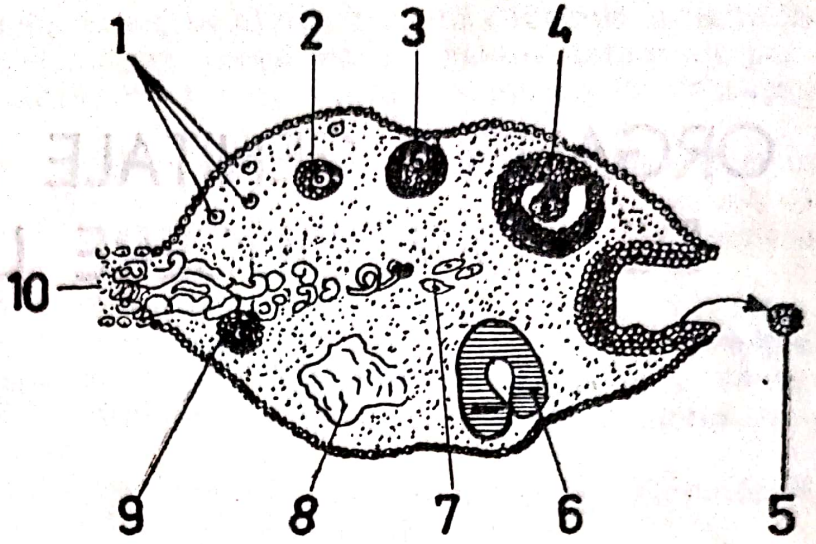

Fig. 1. Reprezentarea schematică a ovarului matur după LICHTWITZ şi PARLIER citat de (119): 1. foliculi primordiali; 2. foliculi primari stadiu I; 3. folicul primar stadiu II; 4.folicul DE GRAAF; 5. ovul; 6. corp galben; 7. stromă; 8. corp albicans; 9. folicul atrezic; 10. arterele spiralate.

La exterior ovarul este acoperit cu un epiteliu, dedesubtul căruia se găseşte un ţesut conjunctiv formînd albugineea. Acest înveliş acoperă ţesutul propriu ovarian constînd dintr-o substanţă corticală şi una medulară.

Substanţa corticală este formată dintr-un ţesut conjunctiv denumit şi „stromă conjunctivă". În grosimea acesteia se află nişte vezicule, foliculii De Graaf, care constituie unitatea histofuncţională a ovarului şi care se pot prezenta în diferite stadii de dezvoltare, forma iniţială fiind foliculul primordial format dintr-o celulă centrală, numită ovocit, din care se va forma ovulul. În jurul ovocitului se găsesc celulele foliculare.

Numărul foliculilor primordiali se apreciază la naştere la circa 100—200 mii pentru fiecare ovar. În timp aceşti foliculi degenerează, astfel că în perioada activităţii genitale ajung la maturitate circa 400—500, cîte unul în fiecare lună, în tot timpul perioadei fertile a femeii, începînd din perioada pubertăţii.

Foliculii primordiali, cu un diametru de circa 45 μ, prezintă o serie de transformări; ovocitul de ordinul I (diploid) se divide reducţional prin meioză dînd un ovocit de ordinul II (haploid cu jumătate din numărul de cromozomi) şi un globul polar, iar celulele foliculare, prin diviziune, dispuse în mai multe straturi, formează la periferia foliculului membrana granulară. Pe măsura dezvoltării, între celulele membranei granulare, se formează o cavitate foliculară, cu un lichid ce conţine hormonul estrogen foliculina sau estradiolul. Dezvoltarea foliculilor ovarieni şi secreţia de foliculină este stimulată de hormonul foliculo-stimulant hipofizar (FSH) (Fig. 2).

În timp, foliculul se maturează ajungînd la un diametru de circa 10 mm şi migrează spre suprafaţa ovarului pe care o rupe, expulzîndu-se odată cu lichidul folicular şi ovulul şi producîndu-se astfel ovulaţia. După ce a fost expulzat din folicul, ovulul cu un diametru de cca 150 μ, pătrunzînd în trompa uterină, în caz de contact cu un spermatozoid prezintă a doua diviziune de maturaţie, eliminînd al doilea globul polar. După eliminarea ovocitului din foliculul matur, celulele membranei granulare se

Scanned with OKEN Scanner

încarcă cu o substanță galbenă și umple cavitatea foliculului, formînd așa-numitul „corp galben" care secretă hormonul progesteron. Evoluția corpului galben este în funcție de evoluția ovulului. În caz că ovulul nu a fost fecundat, corpul galben suferă un proces de involuție într-un interval foarte scurt, 11—12 zile, purtînd numele de corpul galben menstrual sau catamenial.

Dacă însă ovulul a fost fecundat, corpul galben se dezvoltă, ajungînd la un diametru de 2—3 cm și rămînînd în această stare de funcționare timp de 5—6 luni. În acest caz se numește corp galben gravidic sau corp galben de sarcină. El începe să involueze în a doua parte a sarcinii, transformîndu-se într-un corp cu o structură fibroasă.

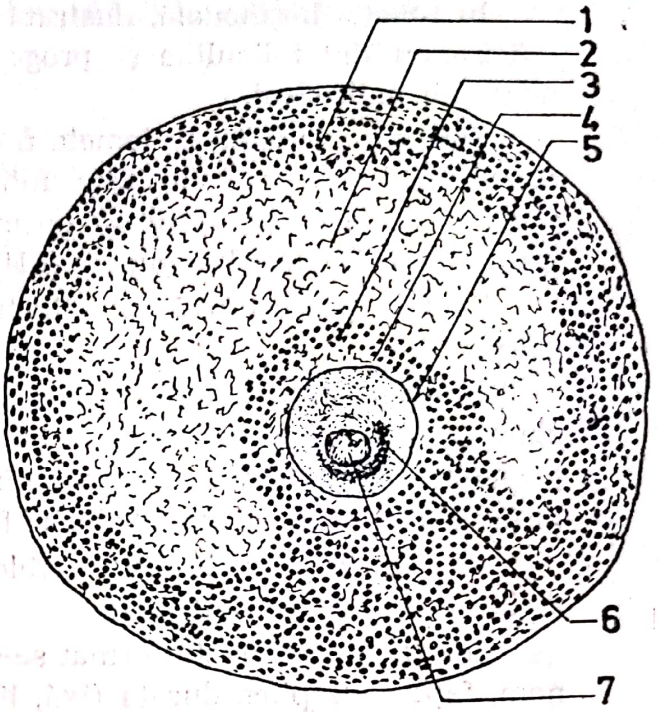

Fig. 2. Foliculul ovarian: 1. strat granular folicular; 2. lichid folicular; 3. Coroana radiată; 4. zona pelucida; 5. membrana vitelină; 6. zona vitelogenă; 7. nucleu cu nucleol.

Eliminarea ciclică din ovar la femeia adultă a ovulului și pregătirea organelor genitale și a întregului organism, ca în cazul fecundației oul să se poată nida, adică să se fixeze în uter și să-și înceapă evoluția, constituie un proces complex la reglarea căruia participă numeroase mecanisme.

Acest proces cuprinde secreția și eliminarea de gonadotropine din adenohipofiză, în urma intervenției neurohormonilor hipotalamici de eliberare, care sînt secretați sub influența modificărilor cantitative ale hormonilor steroizi sexuali, precum și a unor centri situați în sistemul nervos central, care condiționează comportamentul sexual al femeii și a căror activitate este influențată, de asemenea, de nivelul sterolilor sexuali care circulă în sînge.

În structura anatomo-funcțională a ovarului, substanța corticală are o importanță deosebită, în ea formîndu-se celulele reproducătoare și producîndu-se hormonii sexuali.

Substanța medulară se găsește situată sub cea corticală, fiind înconjurată de aceasta. În structura ei se găsește țesut conjunctiv fibros, foarte bine vascularizat însă cu puține celule endocrine. Mai conține fascicule de fibre musculare netede și terminații nervoase, ea avînd un rol important în buna funcționare a ovarului și în secreția de hormoni.

Sintetizînd, funcțiile ovarului sînt:

a) funcția gametogenă, ilustrată de formarea periodică începînd de la pubertate și pînă la menopauză a ovulelor al căror număr în ovare este fix de la naștere.

b) funcţia hormonală, ilustrată de secreţia unor hormoni sexuali specifici, cum sînt foliculina şi progesteronul, ca şi a unor heterohormoni, hormonii androgeni.

Funcţia estrogenă la femeia normală negravidă constă în producerea de hormoni estrogeni de către foliculii pe cale de maturizare. Secreţia acestora se face sub acţiunea hormonilor gonadotropi hipofizari : foliculostimulant (FSH) şi luteinizant (LH).

Funcţia progestativă este ilustrată de hormonii secretaţi de corpul galben.

Progesteronul, avînd valori scăzute în perioada preovulatorie, prezintă o creştere semnificativă la 36 de ore după ovulaţie şi apariţia corpului galben atingînd valori maxime în ziua a 21—23-a a ciclului menstrual, în perioada premenstruală valorile fiind mai reduse.

Ovulaţia şi dezvoltarea morfologică a corpului galben este stimulată de hormonul luteinizant (LH).

Corpul galben odată format se consideră că evoluează şi secretă autonom, fapt ce explică durata fixă, limitată la 14 zile a perioadei postovulatorii, indiferent de mărimea ciclului menstrual.

Funcţia androgenă este evidenţiată prin secreţia hormonilor androgeni sub influenţa gonadotropinelor hipofizare.

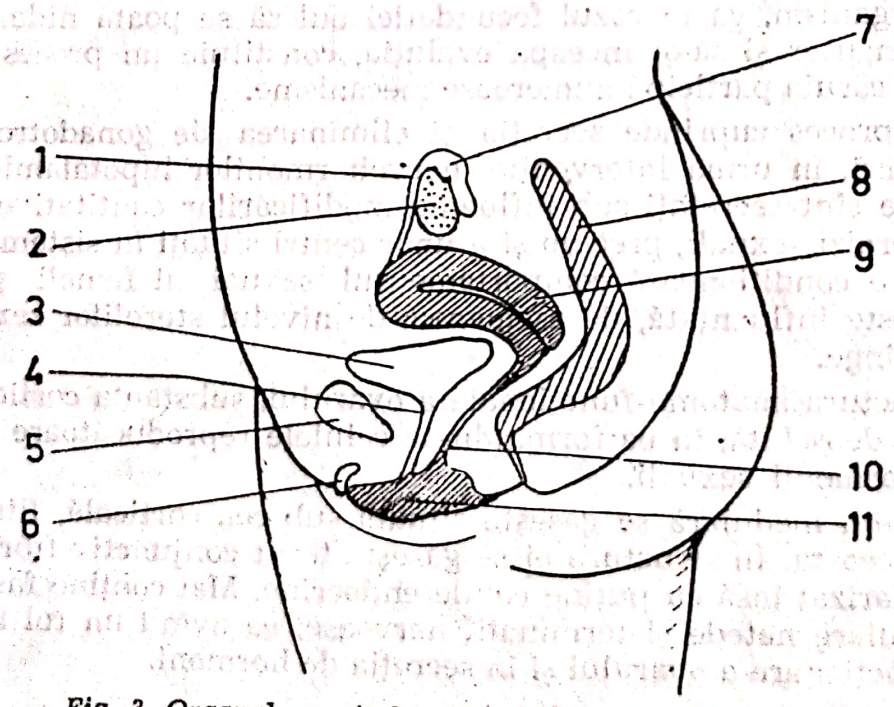

Fig. 3. Organele genitale ale femeii. Schematic secţiunea mediană de profil : 1. trompa; 2. ovarul; 3. vezica urinară; 4. uretra; 5. simfiza pubiană; 6. clitoris; 7. pavilionul trompei fixat pe ovar; 8. rectul; 9. uterul; 10. vaginul; 11. vulva cu vestibulul vaginal.

2. TUBA UTERINĂ (TROMPA LUI FALLOPE, SALPINGE, TROMPA UTERINĂ)

Se prezintă ca un organ pereche, de o formă tubulară, care conţine un oviduct şi un spermatoduct, are o lungime de 10—15 cm, fiind aşezată de o parte şi de alta a uterului şi avînd rolul de a conduce ovulele de la suprafaţa ovarului pînă la cavitatea uterină şi de a permite spermatozoizilor, pătrunşi în uter, intrarea în contact cu ovulul, întrucît fecundarea are loc în interiorul trompei.

Trompa uterină are forma unui conduct cilindric cu o extremitate externă care se prinde de ovar prin ligamentul tubo-ovarian şi o extremitate internă care este în contact cu corpul uterului.

Extremitatea externă are formă de pîlnie orientată spre ovar şi poartă numele de pavilionul trompei uterine sau infundibulul trompei uterine, pereţii acestuia fiind secţionaţi sub forma unor franjuri. Unul din aceste franjuri, care este mai lung, denumit şi franjul ovarian, se fixează pe ovar.

Acest franj ovarian asigură legătura între ovar şi pavilionul trompei. În fundul pavilionului trompei se găseşte orificiul abdominal al trompei, care asigură legătura cu cavitatea peritoneală sau abdominală.

În partea opusă a acestui orificiu, trompa se deschide în cavitatea uterină, prin orificiul uterin al trompei. La exterior trompa este învelită într-o tunică seroasă, în care se găseşte ţesut conjunctiv care formează tunica adventice. Sub aceasta urmează tunica musculară formată din muşchi netezi longitudinali, situaţi în partea externă şi muşchi circulari situaţi în partea internă. Sub tunica musculară se găseşte tunica submucoasă şi tunica mucoasă. Aceasta din urmă este prevăzută cu un epiteliu ciliat, prezintă numeroase cute, iar ovulul eliminat de către ovar şi pătruns în pavilionul trompei este favorizat în înaintarea sa spre uter de mişcările cililor şi mişcările peristaltice ale pereţilor trompei.

În treimea externă a trompei, ovulul intră în contact cu spermatozoidul producîndu-se fecundaţia, după care oul migrează spre cavitatea uterină. Inflamaţia trompei se numeşte salpingită.

3. UTERUL

Uterul reprezintă un organ cavitar aşezat în partea mediană a cavităţii pelviene, fiind situat între vezica urinară şi rect. El are rolul de a menţine ovulul fecundat (oul) care pătrunde din trompă prin orificiul uterin, de a-i asigura o bună dezvoltare şi de a produce expulzarea fătului la sfîrşitul perioadei graviditătii. Uterul se prezintă aproximativ ca o pară cu porţiunea mai mare în partea superioară, iar cea mai mică în partea inferioară ; lungimea lui este de 6—8 cm, iar grosimea în jur de 2—3 cm. Acest organ este turtit anteroposterior, cavitatea uterină fiind o cavitate virtuală. Corpul uterului în plan frontal prezintă două unghiuri numite

Scanned with OKEN Scanner

„coarnele uterine". Porțiunile mai importante sînt : porțiunea superioară, cea mai largă, numită și fundul uterin ; porțiunea mijlocie, numită și corpul uterin și porțiunea inferioară, numită colul uterin care se continuă cu vaginul, proeminînd în interiorul acestuia.

Colul uterin are o porțiune supravaginală și una vaginală asemănată cu extremitatea anterioară a unui pește.

În mod normal, în stare fiziologică, corpul uterului este ușor aplecat înainte, formînd cu axa colului un unghi cu deschidere anterioară, constituind ceea ce se cheamă anteflexia fiziologică a uterului.

Atunci cînd vezica urinară este goală, fundul uterului este aplecat înainte, corpul uterului are o poziție aproape orizontală, iar colul uterin are o direcție posterioară, poziția aceasta constituind așa-numita anteversie fiziologică a uterului.

Cavitatea uterină în zona fundului este mai largă, se reduce în diametru cînd ajunge la col, la nivelul acestuia formînd istmul și se lărgește din nou la nivelul colului, dînd naștere canalului cervical cu o lungime de 2—3 cm și aspect fuziform.

Canalul cervical comunică cu vaginul prin orificiul extern al uterului. În cavitatea uterină se deschid de o parte și de alta orificiile uterine ale trompelor. Ca structură, peretele uterin are o grosime de circa 1 cm, la exterior fiind învelit de peritoneu, ce formează tunica seroasă, sub care se găsește tunica musculară bine dezvoltată.

Țesutul muscular este format din mușchi netezi așezați în trei straturi cu fibre încrucișate și fibre în arcuri de spirală care în perioada gravidității se hipertrofiază pentru a putea menține sarcina. Sub tunica musculară se găsește tunica mucoasă care căptușește cavitatea uterină, ea fiind formată dintr-un epiteliu cilindric ciliat, din corion și din glande tubulare.

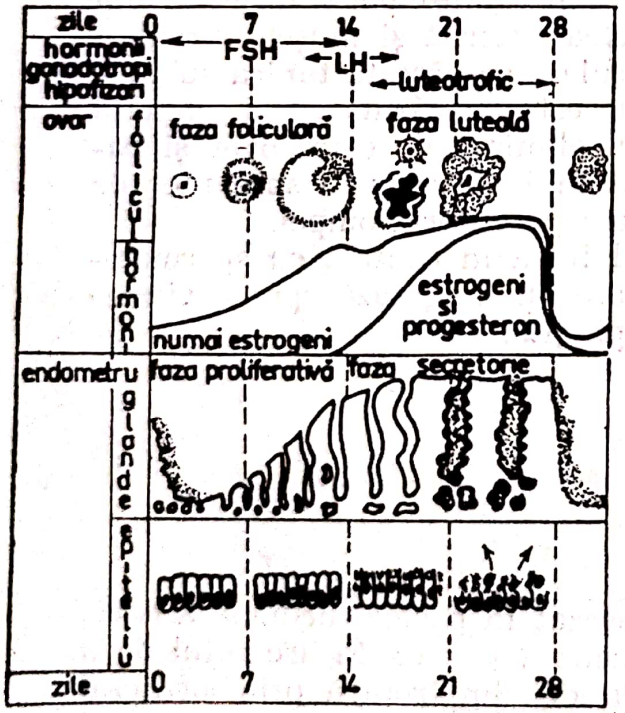

Fig. 4. Secvențele modificărilor ciclice ale secreției de gonadotropi hipofizari ale dezvoltării foliculului ovarian și secreției de hormoni ovarieni și ale endometrului în cursul unui ciclu menstrual de 28 de zile (după Douglas Hubble, 1966, citat de (119).

Acestea, numite glande uterine cînd se găsesc în corpul uterului și glande cervicale cînd sînt situate în canalul cervical, pătrund în peretele uterului pînă în musculatură, secreția lor fiind un mucus cu o reacție alcalină.

Corpul uterului în interior este acoperit cu o mucoasă netedă, în timp ce mucoasa cervicală prezintă pliuri transversale pe fața anterioară și posterioară, intrînd unele în altele ca dinții a două roți dințate.

Mucoasa uterină sau endometrul suferă modificări ciclice sub acțiunea hormonilor estrogeni și a progesteronului. Acestea se pot sistematiza după cum urmează în cazul unui ciclu menstrual de 28 de zile (Fig. 4, 5) :

1. Faza estrogenică : caracterizată prin proliferarea mucoasei uterine pînă la a 14-a zi a ciclului.

2. Faza estrogeno-proliferativă în care se produce ovulaţia şi care este situată între a 14-a zi şi a 18-a zi a ciclului.

3. Faza estrogeno-progesteronică care durează pînă la apariţia menstruaţiei şi începe din ziua a 18-a a ciclului.

În această ultimă fază se produc modificări în stratul funcţional al mucoasei uterine cu descuamare şi hemoragie relativ redusă, care durează în jur de trei zile constituind menstruaţia. În timpul menstruaţiei celulele corionului se înmulţesc, mucoasa se îngroaşe, vasele sanguine se dilată, mai ales capilarele venoase, apăsînd asupra epiteliului uterin care se rupe, desfăcîndu-se în cea mai mare parte. Ruperea vaselor produce scurgerea sîngelui, cu o durată de cîteva zile, odată cu acesta eliminîndu-se şi fragmente din epiteliu.

Sîngele menstrual nu se coagulează datorită prezenţei unei substanţe anticoagulante provenită din mucoasă. Cantitatea de sînge se apreciază la circa 50—60 ml, în compoziţia sa intrînd apă (87 %), substanţe organice solide (9,5%) ; hematii (3 milioane/mm³) ; serum-albumine, serum-globuline, mucină, grăsimi, pigmenţi biliari, iod, arsen, estrogeni etc. [119].

Prezenţa unor dureri abdominale sau pelviene, care apar înainte sau/şi în timpul mestruaţiei, constituie dismenoreea întîlnită mai frecvent la fete sau la femeile tinere.

Unii autori au pus în evidenţă în sîngele mestrual prezenţa unei toxine, „menotoxină" care ar avea ca efect necrozarea mucoasei şi producerea hemoragiei caracteristice menstruaţiei. Perioada de menstruaţie este urmată de o perioadă de regenerare a mucoasei, care durează 5—10 zile cînd se reface epiteliul pe baza celulelor care nu s-au exfoliat.

În caz că ovulul a fost fecundat, mucoasa uterină suferă o îngroşare cu dilatarea vaselor şi a glandelor, constituind mucoasa de sarcină, numită şi caducă sau deciduă. În contact cu această mucoasă oul se fixează şi nidează într-o depresiune a acesteia fiind înconjurat de jur împrejur de către mucoasa care se răsfrînge peste el.

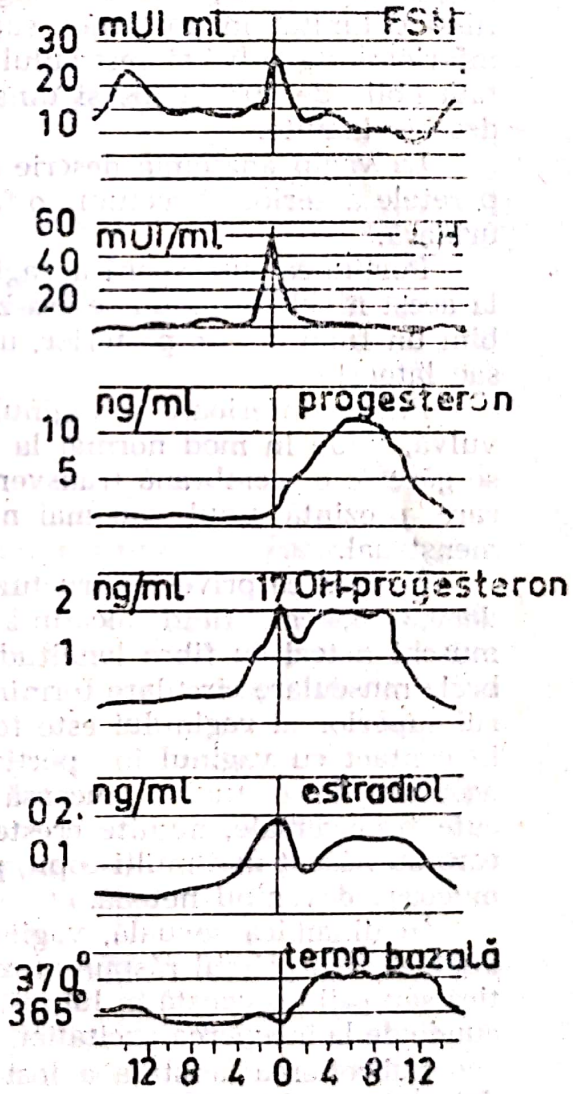

Fig. 5. Concentraţiile serice medii de FSH, LH, progesteron, 17-OH-progesteron şi estradiol în timpul ciclului menstrual normal (34).

Pe suprafața pe care s-a fixat oul se va forma ulterior placenta. În timpul contactului sexual, în momentul declanșării orgasmului, corpul uterin prezintă contracții care încep în porțiunea de fund, propagîndu-se în porțiunea mijlocie.

4. VAGINUL

Vaginul reprezintă organul genital feminin care permite efectuarea actului sexual prin introducerea penisului în interiorul lui. Ca structură, se prezintă ca un canal musculo-membranos turtit antero-posterior, cu o lărgime de circa 2,5 cm și o lungime de 8—14 cm. Vaginul continuă uterul, fiind delimitat în porțiunea superioară de colul uterin, iar în porțiunea inferioară de vulvă și vestibulul vaginal, axa mare a acestuia fiind îndreptată oblic de sus în jos și dinapoi înainte, formînd cu uterul un unghi deschis înainte.

La vagin anatomia descrie o față posterioară, care este în contact cu peretele anterior al rectului, o față anterioară în raport cu uretra și vezica urinară.

Porțiunea superioară a vaginului se inseră împrejurul colului uterin, la acest nivel formîndu-se așa-zisul „fund de sac vaginal", la care deosebim un fund de sac posterior, un fund de sac anterior și două funduri de sac laterale.

Partea inferioară a vaginului se deschide în vestibulul vaginal sau vulvă, unde în mod normal la femeia care nu a avut un contact sexual se găsește o membrană transversală de diferite forme, numită „himen" și care prezintă unul sau mai multe orificii ce permit scurgerea sîngelui menstrual.

În ceea ce privește structura vaginului, pereții acestuia au o grosime de 0,3—0,4 cm, fiind alcătuiți dintr-o tunică musculară formată din mușchi netezi cu fibre longitudinale și circulare, în partea inferioară fibrele musculare circulare formînd sfincterul inferior al vaginului. Sfincterul superior al vaginului este format de mușchii ridicători anali care vin în contact cu vaginul în porțiunea sa mijlocie. În interior vaginul este acoperit de o tunică mucoasă care formează pe pereții vaginului niște cute transversale, numite crestele transversale ale vaginului. La femeile care au născut mai mulți copii, precum și la vîrstă înaintată cutele dispar, mucoasa devenind netedă.

În dinamica sexuală, vaginul are un rol important în contactul sexual. Astfel, primul răspuns sexual la o excitație erotică de natură somatică sau psihică constă în lubrefierea vaginului, care apare după 10—30 secunde de la începerea excitației.

Lubrefierea acestuia a fost comparată cu o transpirație a mucoasei, datorită vasodilatației intense a plexului venos care înconjoară canalul vaginal.

În timpul fazei de excitație sexuală se constată o dilatare și o alungire a vaginului, ajungînd și chiar depășind 10—11 cm.

Scanned with OKEN Scanner

În timpul contactului sexual, cînd tensiunea erotică este maximă, se produce o vasocongestie intensă a treimii inferioare a vaginului formîndu-se așa-numita „platformă orgasmică", care atunci cînd tensiunea sexuală a atins punctul maxim, sau orgasmul, prezintă o contracție ritmică, senzația subiectivă de plăcere a femeii fiind cu atît mai intensă cu cît numărul contracțiilor platformei orgasmice este mai mare (3—12).

Vaginul are rolul de receptacul pentru sperma ejaculată. Mobilitatea și viabilitatea spermatozoidului este diminuată de *p*H-ul acid și este favorizată de cel alcalin ; normal, *p*H-ul vaginului este de 4—5.

Lubrefierea mucoasei vaginale are o acțiune de tamponare a *p*H-ului vaginal acid, favorizînd motilitatea și viabilitatea spermatozoizilor. Lunar prin vagin se scurge sîngele menstrual, iar în timpul nașterii permite expulzarea fătului.

ORGANELE GENITALE EXTERNE

Organele genitale externe se găsesc amplasate în zona perineală, fiind cunoscute în mod obișnuit cu denumirea de vulvă și fiind reprezentate de formațiile labiale, spațiul interlabial și aparatul erectil (Fig. 6).

1. FORMAȚIILE LABIALE

Acestea sînt formate din pliuri cutanate situate pe părțile laterale ale vulvei, formînd labiile (buzele) mari și labiile mici.

Labiile mari, cu o lungime de circa 8 cm și o lățime de 2 cm, delimitează părțile externe ale vulvei, fața lor externă fiind acoperită cu fire de păr groase, relativ rare, în timp ce fața internă este acoperită de o mucoasă umedă, lipsită de pilozitate.

În structura labiilor mari se găsesc țesuturi adipoase bine vascularizate, glande sebacee și sudoripare. Extremitățile labiilor mari, unite pe linia mediană, formează comisura anterioară și posterioară. Comisura anterioară se continuă cu o zonă cutanată proeminentă, rotunjită, denumită muntele lui Venus, avînd o formă triunghiulară cu baza în sus și vîrful în jos și fiind acoperită în mod obișnuit cu păr.

Comisura posterioară este numită și furculiță și se găsește la cîțiva centimetri de orificiul anal.

Labiile maci sau nimfele sînt situate între labiile mari, paralele cu acestea, acoperite de ele și avînd o lungime mai redusă, de circa 3 cm, iar lățimea în jur de 1 cm.

Suprafața vestibulară a labiilor mici este acoperită cu o mucoasă cu un număr mare de glande, care secretă mucus, cu rol important în actul sexual.

Scanned with OKEN Scanner

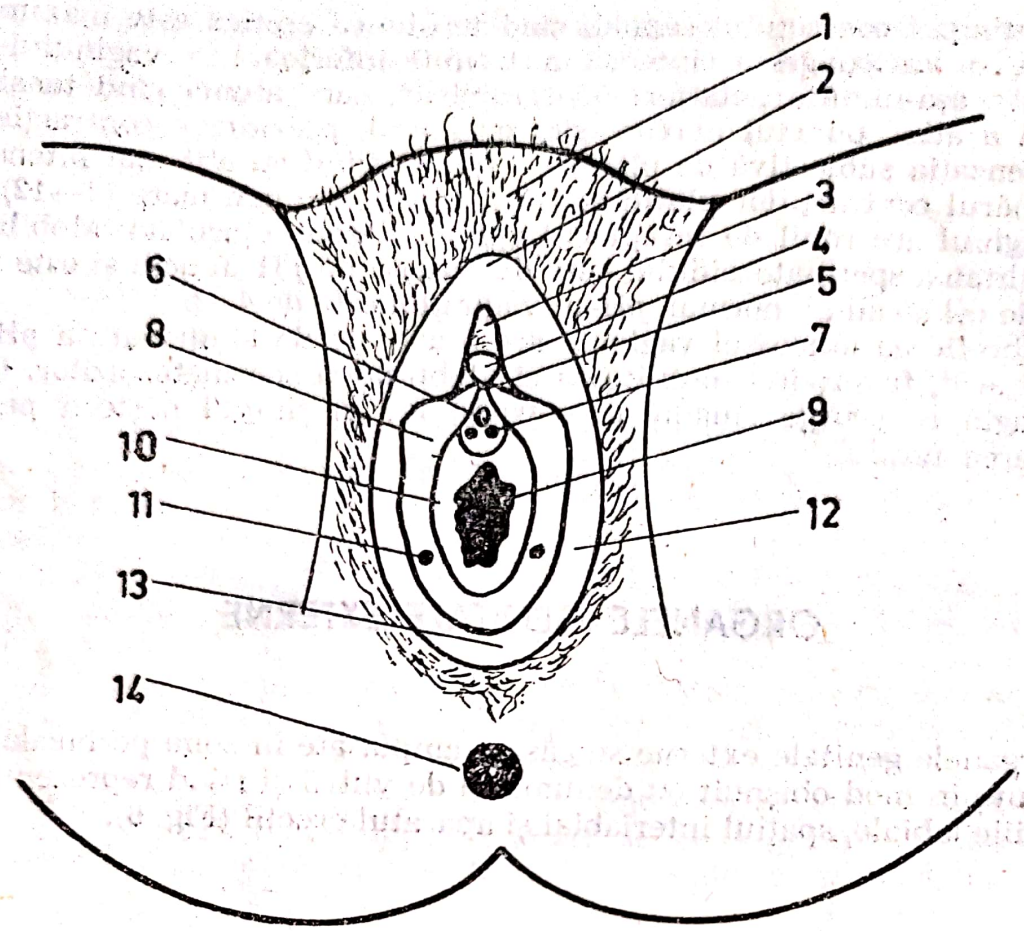

Fig. 6. Vulva : 1. muntele lui Venus ; 2. comisura anterioară a labiilor mari ; 3. capișonul clitorisului ; 4. glandul clitorisului ; 5. frenul clitorisului ; 6. orificiul uretrei ; 7. orificiul glandelor Sckene (2) ; 8. labia mică ; 9. orificiul vaginal ; 10. himenul ; 11. orificiul glandelor lui Bartholin (2) ; 12. labia mare ; 13. comisura posterioară a labiilor mari ; 14. orificiul anal.

2. SPAȚIUL INTERLABIAL

Spațiul cuprins între labiile mari se numește deschiderea vulvară, iar spațiul delimitat de labiile mici poartă denumirea de vestibul vaginal. În zona anterioară a vestibulului vaginal se găsește deschiderea orificiului extern al uretrei, iar în zona posterioară se află orificiul vaginal cu membrana himenului sau cu caruncului himenali la femeile care au avut contact sexual.

Regiunea anatomică limitată anterior de clitoris, lateral de buzele mici și posterior de comisura posterioară, se numește vestibulul vulvei. În vestibulul vulvei se află deschiderea orificiului uretrei (meatul urinar), precum și orificiul vaginal care în mod normal la femeia virgină este delimitat de un pliu incomplet al mucoasei vaginale, denumit himen. Ca structură, himenul se prezintă ca o diafragmă mucoasă formată din țesut conjunctiv și fibre elastice.

Acesta prezintă variaţii individuale ca formă (semilunar, bilobat, biperforat, ciuruit, cu franjuri etc.), dimensiuni, structură, grosime, rezistenţă etc.

În mod obişnuit, himenul cu o consistenţă normală se rupe la primul contact sexual, producîndu-se o mică hemoragie şi o senzaţie de uşoară durere. Porţiunea himenului care s-a cicatrizat după ruptură formează aşa-numiţii „carunculi himenali". La circa 1% din femei, himenul este elastic, extensibil, permiţînd contactul sexual fără a fi traumatizat şi fără pierderea de sînge. Vascularizaţia şi inervaţia himenului este asigurată de vasele şi nervii porţiunii inferioare a vaginului.

Rolul vulvei este acela de a favoriza micţiunea, labiile dirijînd jetul de urină. Labiile contribuie la prelungirea canalului vaginal în timpul contactului sexual. În poziţie ortostatică, se apreciază că la circa 80% din femei, vulva are o poziţie anterioară, putînd fi vizibilă în întregime, iar la circa 20% din femei are o poziţie posterioară, fiind parţial sau total invizibilă. Între aceste două extreme se găsesc poziţiile intermediare.

3. APARATUL ERECTIL

Acesta este reprezentat de către clitoris şi bulbii vaginului. Clitorisul este un organ erectil unic, amplasat pe linia mediană în partea antero-superioară a vulvei, avînd o formă cilindrică şi fiind format din : rădăcină, corp şi gland.

Corpul este alcătuit din doi corpi cavernoşi acoperiţi cu o membrană fibroelastică, extremităţile posterioare ale acestora fixîndu-se de oasele pubiene şi formînd rădăcina clitorisului.

Glandul este situat în continuarea corpului clitorisului, fiind acoperit parţial sau total de un repliu care are forma unui capişon, format din unirea extremităţilor anterioare ale labiilor mici. Îndărătul clitorisului se găsesc două cute provenite din labiile mici, formînd ceea ce se cheamă frenul clitoridian.

Clitorisul ca şi penisul în urma unei excitaţii eficace poate să intre în erecţie.

Inervaţia este dată de nervul dorsal al clitorisului, care formează un plex nervos la nivelul glandului clitoridian şi în corpii cavernoşi. Fibrele nervoase vegetative vin în contact cu corpusculii Pacini, care sînt într-un număr mai mare la nivelul glandului.

În ceea ce priveşte dimensiunile şi poziţia acestui organ, există variaţii individuale : diametrul său, în general, se situează între 4—5 mm, iar distanţa dintre rădăcină şi deschiderea uretrei în jur de 2,5 cm. Cînd se depăşeşte această distanţă se consideră teleclitoridie.

Scanned with OKEN Scanner

În perioada de excitaţie se observă o reacţie vasocongestivă, care poate produce o mărire a diametrului glandului pînă la dublu. În majoritatea cazurilor această reacţie vasocongestivă interesează şi rădăcina şi corpul clitorisului care se poate alungi.

Stimularea directă a clitorisului este reprezentată de o acţiune mecanică asupra glandului, corpului clitoridian sau muntelui lui Venus. Stimularea indirectă se întîlneşte în cazul contactului sexual sau prin excitarea altor zone erotogene decît cele menţionate. Vasocongestia clitorisului este însoţită de o detumescenţă lentă în faza de rezoluţie a contactului sexual.

Clitorisul în dinamica sexuală are rolul de a recepţiona stimulii sexuali psihosomatici. Menţionăm ca greşită ,părerea larg răspîndită că sexualitatea feminină ar fi în funcţie de mărimea clitorisului sau de poziţia acestuia cît mai apropiată de deschiderea uretrei.

Bulbii vestibulului sau bulbii vulvari, numiţi impropriu bulbi vaginali, sînt două formaţiuni erectile anatomic corespunzînd corpilor cavernoşi ai uretrei masculine, iar histologic corespunzînd bulbului uretrei masculine.

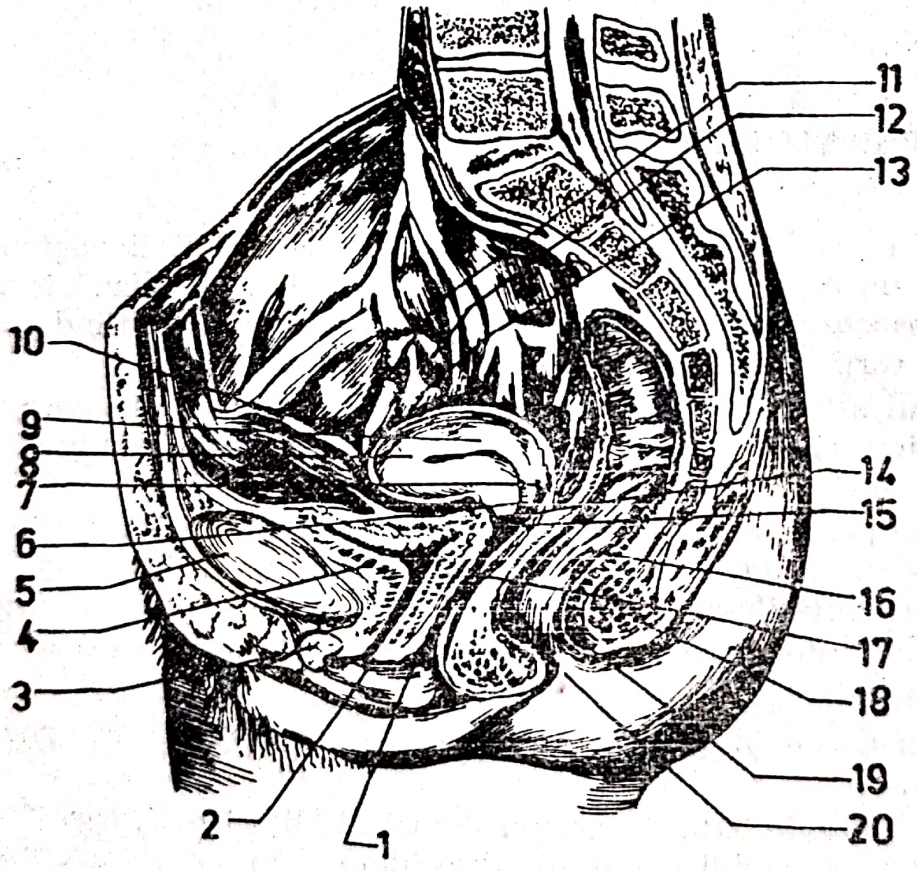

Fig. 7. Secţiune sagitală mediană prin pelvis la femeie: 1. orificiul vaginal; 2. orificiul uretrei; 3. clitoris; 4. vezica urinară; 5. simfiza pubiană; 6. colul uterin; 7. fundul de sac vaginal posterior (Douglas); 8. fundul uterului; 9. uterul; 10. ligamentul rotund uterin; 11. trompa; 12. pavilionul trompei; 13. ovarul; 14. orificiul colului uterin; 15. fundul de sac vaginal anterior; 16. rectul; 17. canalul vaginal; 18. sfincterul extern (striat); 19. sfincterul intern (neted); 20. orificiul anal.

Scanned with OKEN Scanner

Sînt situaţi pe părţile laterale ale deschiderii vaginului, înconjoară uretra şi o parte din orificiul vaginal, dimensiunile lor fiind de circa 3 cm lungime şi 1—1,5 cm lăţime. Au o formă ovoidală. Faţa internă a bulbilor este în contact cu segmentul terminal al uretrei, cu faţa internă a labiilor mici, iar în porţiunea posterioară cu glandele Bartholin. Vascularizaţia este asigurată de ramuri din artera ruşinoasă internă şi vena ruşinoasă internă. Inervaţia provine din plexul hipogastric.

Prin excitarea clitorisului şi mucoasei genitale se poate declanşa o senzaţie de plăcere numită orgasm.

Glandele anexe ale vulvei sînt reprezentate de :

1. Glandele lui Skene, care sînt echivalente glandelor prostatice de la bărbat şi sînt aşezate în apropierea uretrei, orificiile acestora deschizîndu-se pe fiecare parte a orificiului uretral sau puţin îndărătul acestuia. Se dezvoltă la pubertate şi dispar după apariţia menopauzei.

2. Glandele lui Bartholin, în număr de două, situate de o parte şi de alta a orificiului vaginal ; au o formă ovoidă cu o greutate de 4—5 g. Rolul glandelor lui Bartholin, omoloage glandelor bulbouretrale ale bărbatului (glande Cowper), este de a lubrefia vaginul în timpul actului sexual. Secreţia lor este mucoidă, alcalină. Canalul excretor al glandei parcurge baza labiilor mici, deschizîndu-se în şanţul care separă labiile mici de himen.

GONADOSTATUL FEMININ

Funcţionarea acestui sistem complex homeostatic, care este gonadostatul feminin, se realizează prin complicate mecanisme neurohormonale, un rol important revenind sistemului hipotalamo-hipofizar.

Hipofiza este o glandă endocrină, avînd dimensiunile de 1×1×0,5 cm şi o greutate de 0,5—0,7 g. Este aşezată la baza creierului în şaua turcească şi este formată dintr-un lob anterior sau adenohipofiza şi un lob posterior sau neurohipofiza. Se apreciază că 75% din greutatea totală a glandei este reprezentată de adenohipofiză. Un sistem de vascularizare caracteristic, constituind sistemul porthipofizar, permite transportul neurohormonilor hipotalamici de eliberare (Releasing Hormones : RH). Adenohipofiza conţine celule secretoare grupate în mai multe aglomerări, fiecare secretînd hormoni diferiţi. Aceştia sînt următorii : 1) hormonul foliculostimulant (FSH) ; 2) hormonul luteinizant (LH la femeie) sau hormonul stimulator al celulelor interstiţiale (ICSH la bărbat) ; 3) prolactina (Pr ; PRL) sau hormonul luteotrop, hormonul lactogen sau hormonul mamotrop ; 4) hormonul de creştere (STH, somatotropina sau GH), care accelerează creşterea ; 5) tiretropina (TSH), care stimulează creşterea şi secreţia tiroidiană ; 6) hormonii de stimulare ai melanogenezei (MSH) ; 7) corticotropina (ACTH), care stimulează dezvoltarea glandelor corticosuprarenale şi secreţia de hormoni glucocorticoizi şi androgeni.

Neurohipofiza sau lobul posterior hipofizar nu este o glandă endocrină intedependentă, ci partea distală a unui sistem neurosecretor care cuprinde tractul hipotalamo-hipofizar, nucleii paraventriculari şi supraoptic (Fig. 8, 9).

Scanned with OKEN Scanner

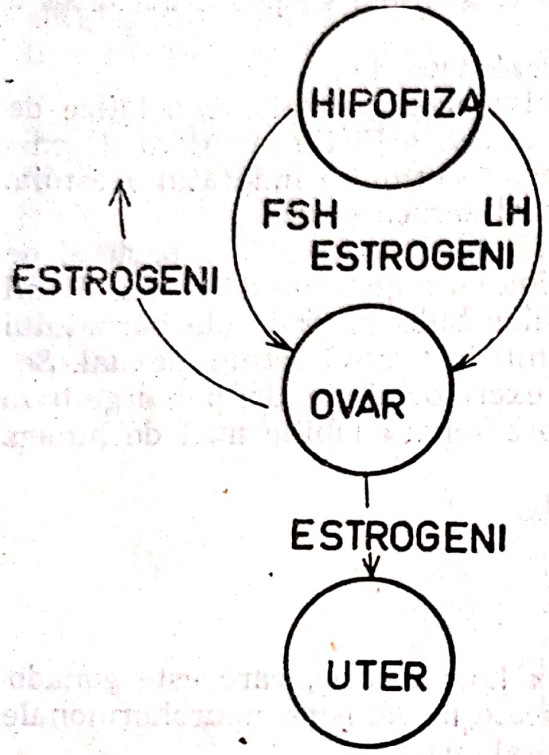

Fig. 8. Reglarea axului hipofizo-ovarian şi influenţa asupra organelor sexuale primare la o persoană normală (34).

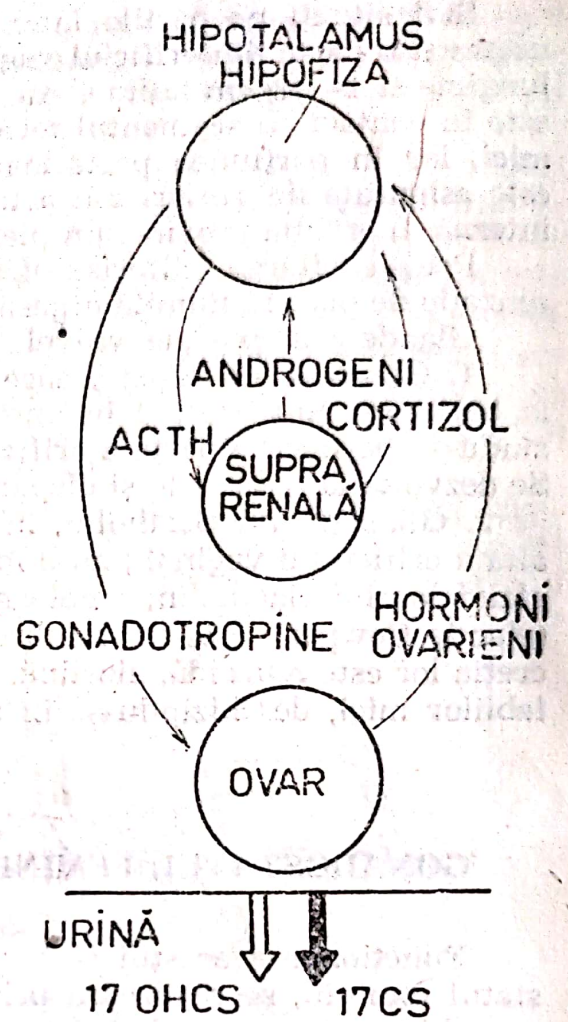

Fig. 9. Influenţele reciproce ale hipofizei, corticosuprarenalei şi ovarului la o persoană normală (34).

Hormonii neuro-hipofizari sînt următorii : 1) ocitocina (secretată mai ales de nucleul paraventricular), care determină contracţia muşchiului uterin în perioada de expulsie în timpul naşterii. Eliberarea de ocitocină şi apariţia contracţiilor uterului mai poate surveni în cursul actului sexual cînd stimulii reflecşi de la organele sexuale feminine ajung la hipotalamus. Ocitocina mai este secretată şi prin stimularea mamelonară specifică (suptul), cînd stimulii plecaţi din regiunea mamelonară ajung la hipotalamus.

Ocitocina acţionează asupra celulelor mioepiteliale ale canalelor galactofore favorizînd expulsia laptelui.

2) Vasopresina, secretată mai ales de nucleul supraoptic, termen vechi şi inadecvat pentru desemnarea hormonului antidiuretic (ADH) care la concentraţii fiziologice nu are efecte vasopresoare.

Hipotalamusul reprezintă regiunea bazală a diencefalului formînd peretele inferior al ventriculului al III-lea, fiind delimitat anterior de marginea posterioară a chiasmei optice şi de lama posterioară, iar posterior de marginea corpilor mamilari (Fig. 10).

De dimensiuni reduse, cam cît unghia unui deget, cîntărind abia 4—5 grame, hipotalamusul pătrunde între chiasma optică și corpii mamilari sub forma unei prelungiri numită tubercinereum.

Regiunile mai importante descrise în hipotalamus sînt următoarele :

1) supraoptică sau anterioară, cuprinzînd nucleii paraventriculari, supraoptic și suprachiasmatic. Este săracă în mielină, nucleii sînt abundent vascularizați și cu celule secretoare ; 2) tuberală sau mediană, conținînd nucleii infundibulari, ventromediali, dorsomedial lateral și posterior ; 3) mamilară sau posterioară.

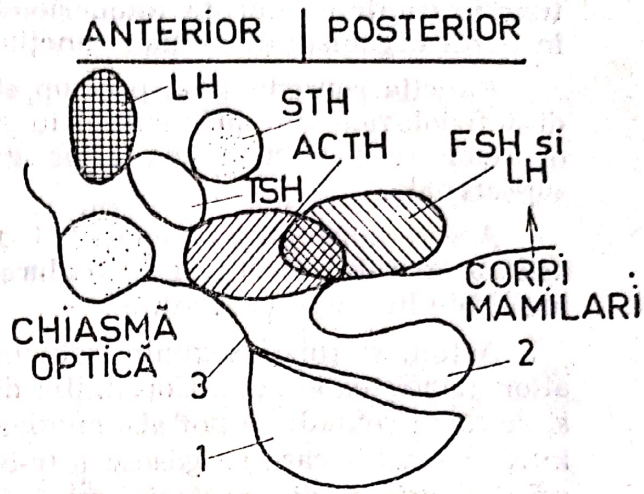

Fig. 10. Zonele de hipotalamus a căror stimulare determină secreția diferiților hormoni adenohipofizari. După GUYTON 1970 citat de (5) : 1. hipofiza anterioară; 2. hipofiza posterioară; 3. tija pituitară.

Hipotalamusul are conexiuni nervoase foarte complexe, căile aferente fiind : optice, olfactive, acustice, talamice, corticale. Căile eferente merg către talamus, epifiză, centrii extrapiramidali, etajele inferioare ale nevraxului, hipofiză etc.

Legătura hipotalamusului cu adenohipofiza se realizează nu prin căi nervoase, ci prin intermediul unei rețele de vase capilare constituind un sistem port venos localizat în partea inferioară a hipotalamusului în zona de conectare cu tija pituitară. Această particularitate anatomo-funcțională permite controlul hipotalamic al secreției adenohipofizare.

Neurohormonii hipotalamici de eliberare sau inhibiție a eliberării hormonilor adenohipofizari sînt următorii : 1) hormonul de eliberare al corticotropinei (CRH ; CRF), 2) hormonul de eliberare a tirotropinei (TRH), 3) hormonul de eliberare a hormonului de creștere (GH — RH ; GH — RF ; GRH), 4) hormonul de inhibiție a eliberării hormonului de creștere (GH — RIH ; GIH), 5) hormonul de eliberare a hormonului melanocitostimulant (MRH ; MRF), 6) hormonul de inhibiție a eliberării hormonului melanocitostimulant (MRIH), 7) hormonul de eliberare a gonadotropinelor (LRH ; GnRH), 8) hormonul de eliberare a prolactinei (PRH ; PRF), 9) hormonul de inhibiție a eliberării de prolactină (PRIH ; PIF).

Deși hipotalamusul constituie etajul de control al ciclului sexual, la femeie sincronizarea diverselor faze ale ciclului se realizează în etaje superioare hipotalamusului și în special în sistemul limbic. Acesta este format din țesutul arterial din jurul hilului emisferelor cerebrale și un grup de structuri profunde : amigdala, hipocampul și nucleii septali.

Activitatea gonadotropică este influențată și de lumină. La acest proces participă hipofiza, însă rolul principal revine epifizei prin intermediul melatoninei, hormonul activ al acesteia. Studii experimentale au arătat că acțiunea antigonadotropă a epifizei este exacerbată de perioade de în-

tuneric continuu sau de fotoperioade lungi. Unele studii menționează și în cazul organismului uman funcția antigonadotropă a melatoninei.

Funcția reproductivă, precum și diversele sisteme de control în condiții fiziologice sînt influențate în afară de secreția adenohipofizei și a ovarelor și de activitatea altor glande endocrine ca : tiroidă, corticosuprarenală.

Acești hormoni extragonadici acționează ca niște factori modulatori asupra aparatului central de reglare a activității gonadelor și a organelor implicate în această activitate.

Astfel, steroizii sexuali influențează secreția și acțiunea hormonilor altor glande endocrine. Corelațiile dintre hormonii altor glande endocrine și steroizii sexuali se pot sistematiza în două mari grupe : prima în care intră hormonii care se găsesc într-o corelație directă și reciprocă cu steroizii ovarieni, din această grupă făcînd parte hormonii tiroidieni, hormonii secretați de corticosuprarenală, precum și hormonii neurohipofizari. Cea de a doua grupă cuprinde hormonii care nu au o corelație directă cu hormonii gonadici, însă secreția și acțiunea periferică a acestora sînt modulate indirect de hormonii gonadici, prin intermediul unor modificări metabolice produse de aceștia.

Interrelațiile funcționale dintre corticosuprarenală și gonade se bazează pe originea embriologică comună a acestor glande. Zona corticosuprarenală, care secretă hormoni sexuali, a fost considerată ca „a treia gonadă".

Pentru menținerea homeostaziei sterolilor sexuali, se constată o dezvoltare importantă a corticosuprarenalei în viața intrauterină, cînd gonadele sînt încă nedezvoltate, în perioada pubertății și în timpul gravidității, cînd cresc necesitățile de hormoni sexuali, precum și în perioada menopauzei și climacteriului, cînd gonadele au o secreție redusă.

În ceea ce privește tiroida, aceasta are corelații multiple cu funcția de reproducere, fiind influențată de sterolii sexuali, mai ales la femeie.

În perioada prepubertară și pubertară, hiperfuncția fiziologică a tiroidei favorizează dezvoltarea somatică și stimulează maturizarea sexuală.

În timpul gravidității, hipertrofia și hiperfuncția tiroidei compensează necesitățile crescute de hormoni tiroidieni în metabolismul matern și mai ales în cel fetal. Hipotiroidismul produce modificări ale funcțiilor sexuale și de reproducere, la copii apărînd imaturitatea sexuală, iar în perioada pubertară se constată o întîrziere a debutului pubertății și ulterior cicluri anovulatorii.

Excesul de hormoni tiroidieni la femeie în perioada copilăriei, cu toate că nu reduce dezvoltarea fizică generală, accelerînd chiar creșterea scheletului, poate favoriza însă o întîrziere a maturizării sexuale, iar după apariția pubertății produce frecvent o intensificare a libidoului și perturbări ale ciclurilor menstruale caracterizate prin scurtări sau prelungiri, în timp ce sîngele menstrual se reduce cantitativ pînă la amenoree.

Scanned with OKEN Scanner

MAMELELE

Mamelele (sînii) sînt organe glandulare, așezate de o parte și de alta a sternului în regiunea toracală anterioară.

Rudimentare la bărbat, fără o activitate secretorie, prezintă o importanță deosebită la femeie, dezvoltîndu-se progresiv începînd din perioada pubertății pînă la vîrsta adultă.

Deși embriologic sînt de origine tegumentară, datorită faptului că din punct de vedere clinic și funcțional sînt strîns legate de organele genitale, sînt prezentate alături de acestea.

La femeia adultă în perioada de activitate sexuală mamelele au următoarele dimensiuni (aproximativ) : 10 cm în plan vertical, 12 cm în plan transversal și 5 cm în sens antero-posterior.

Aceste dimensiuni prezintă mari variații individuale, crescînd mult în sarcină și alăptare.

Aproximativ în mijlocul mamelei se găsește situată papila mamară sau mamelonul, variabil ca formă și dimensiuni, în unele cazuri fiind foarte mic, aproape absent. Pe vîrful mamelonului se deschid, prin mici orificii, 15—25 de ducte lactifere.

Mamelonul are de obicei o culoare variind între roz (la blonde) la maro închis (la brunete). El poate fi proeminent, turtit, ombilicat.

Areola se prezintă ca un inel în jurul mamelonului, avînd de asemenea o culoare variabilă de la roz la maro închis, are un diametru de 2,5—5 cm, pe suprafața ei găsindu-se tuberculii lui Morgagni, care sînt glande sebacee. În unele cazuri areola este abia schițată, aproape inexistentă.

În perioada gravidității tuberculii lui Morgagni își măresc volumul, fiind numiți tuberculii Montgomery. Secreția glandelor sebacee și sudoripare protejează pielea împotriva macerării în timpul suptului.

Pielea ariei areolo-papilare are un mușchi pielos neted. În erecția mamelonului, pe lîngă acțiunea mușchiului papilei, intervin și venele, producîndu-se turgescența papilei mamare. Tegumentele mamelei sînt subțiri, fine, netede și mobile.

Forma mamelei este în funcție de aceea a glandei mamare și de dezvoltarea diverselor părți moi, țesut conjunctiv, grăsime. Datorită relaxării țesuturilor după nașteri multiple și la vîrste înaintate, mamela poate atîrna, avînd un aspect pediculat.

Greutatea mamelei variază în funcție de vîrstă și starea fiziologică, la femeia adultă care nu alăptează avînd circa 200 g, iar la cea care alăptează circa 500 g. Greutatea celor două mamele nu este egală, existînd uneori diferențe evidente de volum.

Consistența la adolescente și la femeile tinere, nulipare este fermă și elastică. După sarcini și alăptări consistența devine moale, flască.

Corpul mamelei este format dintr-un parenchim glandular sau glanda mamară cu un sistem foarte ramificat de canalicule și stroma formată din țesut conjunctiv și gras, adăpostind în interiorul lui structurile parenchimatoase (Fig. 11).

Scanned with OKEN Scanner

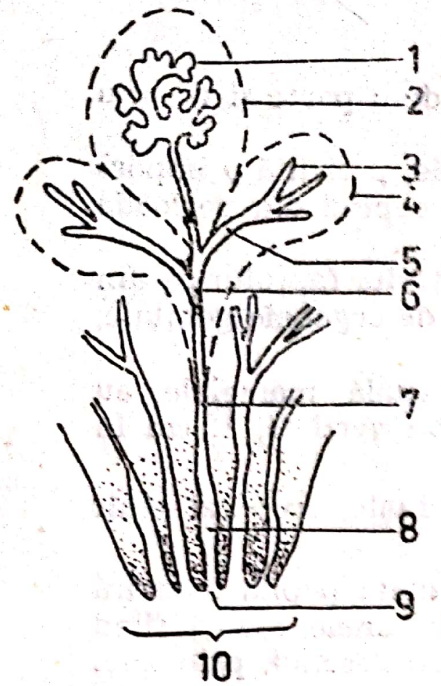

Fig. 11. Glanda mamară; structură schematică a unui lob glandular format din trei lobuli. (103): 1. acin glandular; 2. lobulul unei glande în timpul sarcinii; 3. mugure de așteptare; 4. lobulul unei glande la femeia negestantă; 5. duct intralobular; 6. duct interlobular; 7. duct lactifer; 8. sinus lactifer; 9. por lactifer; 10. mamelonul sau papila mamelei.

Glanda mamară este formată din circa 10—25 de glande, elementare sau lobi, divizați prin septe conjunctive în lobuli.

Stroma corpului mamelei are o structură conjunctivo-adipoasă, străbătută de numeroase formațiuni sanguine, limfatice și nervoase și de o rețea capilară bogată.

Fiind organe hormono-dependente, mamelele se caracterizează prin modificări morfofuncționale legate de etapele de vîrstă și de stările fiziologice ale femeii. Modificările ciclice la femeia adultă negravidă urmează pe cele ovaro-uterine.

În perioada gravidității și alăptării se observă modificări morfofuncționale importante în vederea producerii și excreției laptelui. Astfel, areola și mamelonul se pigmentează în timpul sarcinii într-o culoare galben brună sau chiar brun închis. Stratul lipidic mamar dispare aproape complet în timpul sarcinii, corpul mamelei crește în volum în primul rînd prin proliferarea parenchimului glandular, iar în ultimele stadii de sarcină și în perioada de alăptare prin acumulare de colostru și apoi de lapte. Odată cu încetarea alăptării, structura mamelei revine la aspectele inițiale, însă sînii femeii care a alăptat nu mai prezintă caracterele morfologice ale femeii nulipare.

Modificările pe care le prezintă glanda mamară pentru lactație sînt legate de un mecanism neuroendocrin, în perioada inițială hormonii ovarieni, foliculina, producînd dezvoltarea canaliculelor, iar progesteronul formarea acinilor secretori. Mai intervin cu această ocazie hipofiza, lactația fiind declanșată și menținută prin acțiunea unui hormon adenohipofizar — prolactina — sau hormonul lactogen.

În perioada pubertății, mamela are o dezvoltare bruscă odată cu organele genitale, dezvoltare care interesează toate compartimentele sale, atît parenchimul cît și stroma. În perioada menopauzei, mamela prezintă un proces de atrofiere treptată, sînii devenind mai mici, mai duri, iar pielea sbîrcindu-se.

La bărbat la pubertate, sub influențe hormonale poate apare o hipertrofie a mamelei numită „ginecomastie".

Scanned with OKEN Scanner

Frumusețea regiunii toracale anterioare, chiar în cazul unor sîni bine formați, poate fi mult diminuată de un torace infundibuliform, cînd în porțiunea inferioară a sternului se observă o înfundare mai mult sau mai puțin accentuată.

Sînii reprezintă unul din principalele atribute ale feminității. Elemente fundamentale ale plasticii feminine, caracteristicile de formă, mărime și consistență ale acestora au un rol important în stimularea senzualității bărbatului.

Unele studii de sexologie menționează chiar o „psihologie individuală". a sînilor, apreciată din modalitatea în care femeile îi poartă, îi expun și îi suportă (Buytendijk, citat de [114]).

S-a făcut chiar o interpretare simbolică a acestor podoabe ale feminității, sînii putînd exprima „duioșie, tandrețe, dăruire" [114].

Scanned with OKEN Scanner

ORGANELE GENITALE ŞI FUNCŢIA DE REPRODUCERE LA BĂRBAT

ORGANELE GENITALE INTERNE

TESTICULUL

Are rolul producerii de spermatozoizi şi de hormoni sexuali. La embrion, situate la început în regiunea lombară, spre sfîrşitul lunii a III-a de viaţă intrauterină, testiculele încep să coboare în partea inferioară a peretelui abdominal, străbat canalul inghinal şi ajung în scrot. Uneori coborîrea în scrot este oprită pe acest traseu, realizîndu-se aşa-numitul testicul ectopic sau criptorhidic.

Avînd o formă ovoidală, testiculul cîntăreşte circa 20—25 g, măsoară pe axa mare 4—5 cm, anteroposterior 3 cm, iar în plan frontal 2,5 cm (Fig. 12).

Structura. Principalele componente ale structurii sale în afară de vase şi de nervi sînt : a) tunica vaginală — provenită din peritoneul parietal şi care înveleşte suprafaţa testiculului ; b) albugineea — membrană fibroasă formată din ţesut conjunctiv, avînd o culoare albă sidefie. Ea pătrunde în interiorul testiculului pe marginea posteroinferioară formînd mediastinul sau corpul Highmore, din care pornesc septe ce împart testiculul în lobuli avînd formă de piramidă cu vîrful spre mediastin şi al căror număr este în jur de 250—300 ; c) parenchimul testicular este format din lobuli testiculari cu canale seminifere, ţesut interstiţial şi ţesut conjunctivo-vascular.

În structura lobului se găsesc canalele sau tubii seminiferi.

Scanned with OKEN Scanner

Producerea spermatozoizilor are loc în aceşti tubi, care se prezintă ca nişte canalicule cu diametrul de 300—400 μ. Tubii seminiferi au o structură complexă fiind formaţi dintr-o membrană limitantă, din celulele lui Sertoli care constituie elementul de susţinere şi în perioada maturizării sexuale din mai multe straturi de celule germinale (spermatogonii, spermatocite, spermatide) în diverse stadii de dezvoltare, din care se formează spermatozoizii.

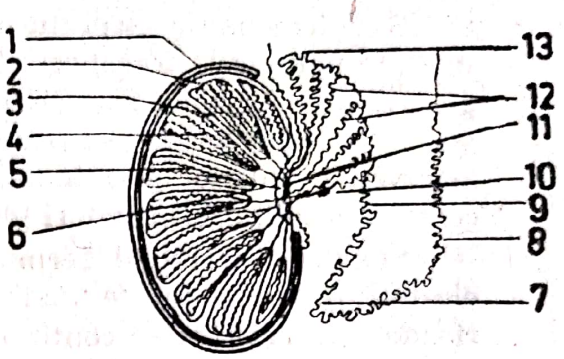

Fig. 12. Testiculul şi epididimul (schemă): 1. tunica vaginală; 2. albugineea; 3. sept; 4. canale seminifere; 5. lobul testicular; 6. canale drepte (rete testis); 7. coada epididimului; 8. canal deferent; 9. canal epididimar; 10. reţeaua Haller; 11. mediastin (corpul Highmore): 12. canale eferente; 13. capul epididimului.

Membrana limitantă se compune din mai multe straturi de celule aplatisate, despărţite unele de altele de o lamă bazală şi de fibre de colagen. Datorită asemănărilor morfologice cu fibrele musculare netede, aceste celule sînt considerate ca elemente contractile, fapt pentru care au fost denumite şi „celule mioide".

Celulele lui Sertoli sînt celule mari, neproliferative, dotate cu un nucleu mare polimorf şi cu o citoplasmă abundentă. Baza acestora se găseşte pe membrana limitantă a tubului, iar citoplasma apicală atinge lumenul. Citoplasma conţine organitele obişnuite: mitocondrii, reticulul endoplasmic, granular şi agranular, aparatul lui Golgi şi în plus, enclave lipidice, corpusculi analogi lizozomilor, uneori cîteva pigmentaţii liposolubile şi numeroase filamente. O structură paracristalină denumită cristaloidul lui Charcot-Böttcher este de asemenea prezentă uneori [88].

Din regiunile laterale şi apicale pleacă numeroase proeminenţe citoplasmatice fin reticulate, care se infiltrează între celulele germinale din jur, astfel încît fiecare celulă germinală este în contact imediat cu suprafaţa celulelor lui Sertoli.

În apropierea membranei limitante, adică chiar deasupra stratului de spermatogonii, proeminenţele citoplasmice laterale ale celulelor lui Sertoli adiacente sînt legate prin complexe de joncţiuni caracteristice situate la suprafaţa celulei, însoţite de filamente şi de vacuole de reticul endoplasmic aparţinînd citoplasmei subiacente.

Se apreciază că fiecare testicul conţine circa 900 de tubi seminiferi, cu o lungime de 60—70 cm.

În interiorul tubilor seminiferi şi al celor care formează „rete testis" se întîlnesc spermatozoizi în imersie în mici cantităţi de lichid. S-a presupus că acest lichid cu compoziţie diferită de lichidul seminal şi de plasma sanguină ar conţine o substanţă numită „inhibină", care reduce secreţia de FSH şi de testosteron. Rolul acestui lichid este de a favoriza transportul spermatozoizilor din tubii seminiferi în epididim.

Celulele Sertoli constituie un suport pentru celulele seminale cărora le asigură nutriţia prin substanţele pe care le secretă. De asemenea ele fagocitează resturile celulare provenite din spermatogeneză şi s-a emis ipoteza că sintetizează estrogeni.

S-a demonstrat secreţia de către aceste celule stimulate de FSH a unei proteine care transportă hormonii androgeni, denumită ABP (Androgen Binding Protein) sau SHGP (Sex Hormone Binding Globulin) care favorizează transportul testosteronului şi dehidroepiandrosteronului (DHEA) la nivelul celulelor germinale. Tot acestor celule li s-a atribuit un rol în contracţia tubilor seminiferi [88].

Pentru ca celulele germinale să ajungă în stadiul de spermatozoid, ele trec prin mai multe stadii evolutive. Acest proces care începe în perioada pubertăţii şi se continuă în tot timpul vieţii sexuale se desfăşoară în trei etape caracteristice şi anume : 1) proliferarea spermatogoniilor (spermatocitogeneza) ; 2) producerea a două diviziuni succesive de maturare a spermatocitelor ; 3) diferenţierea spermatidelor în spermatozoizi (spermiogeneza).

În prima etapă, spermatogoniile, după o serie de diviziuni evoluează pînă la stadiul de spermatocit diploid cu 46 de cromozomi, numit şi spermatocit de ordinul I. În a doua etapă, acesta prezintă o primă diviziune meiotică sau reducţională, astfel încît fiecare spermatocit de ordinul II va avea un număr haploid de cromozomi, adică 22 de autozomi şi un heterocromozom X sau Y. Urmează apoi a doua diviziune de maturaţie, din spermatocitul de ordinul II formîndu-se două spermatide haploide.

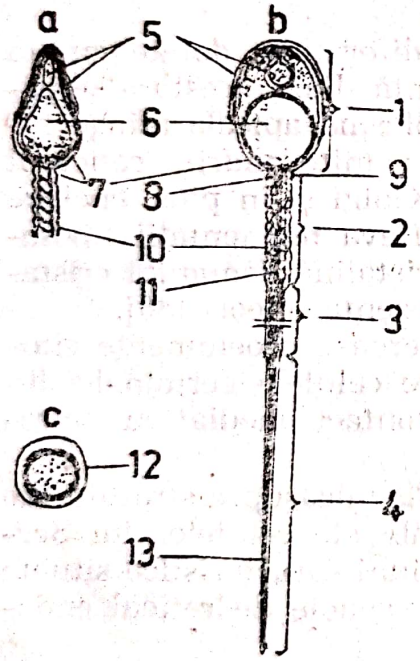

Fig. 13. Spermatozoidul uman (după W. F. Ganong, citat de (29) : a) plan lateral ; b) plan frontal ; c) secţiune transversală prin coadă : 1. cap ; 2. piesa intermediară ; 3. porţiunea principală a cozii ; 4. porţiunea terminală a cozii ; 5. acrosom ; 6. nucleu ; 7. membrana celulară ; 8. centriol ; 9. gît ; 10. înveliş mitocondrial ; 11. fibrile în învelişul cozii ; 12. învelişul cozii ; 13. filament axial.

În ultima etapă de spermiogeneză spermatidele nu se mai divid, ele suferind o serie de modificări pentru a se transforma în spermatozoizi.

Durata spermatogenezei se estimează la 74±5 zile, iar timpul necesar ca spermatozoizii să parcurgă epididimul la circa 14 zile.

Coada epididimului constituie un adevărat rezervor pentru circa 1/3 din spermatozoizii ejaculaţi.

Spermatozoidul este format din două structuri : cap şi flagel.

Flagelul se împarte în următoarele segmente : col sau gît, piesa intermediară şi coada acestuia, constituind aparatul care asigură mobilitatea datorită structurilor fibrilare contractile (Fig. 13).

a) Capul spermatozoidului are următoarele dimensiuni : lungimea capului 4,4 microni, lungimea nucleului 2,7 microni, lăţimea maximă a capului 3,2 microni, iar grosimea 2 microni.

Nucleul, care formează partea principală a capului, ocupă cele două treimi posterioare ale capului. Principala componentă a cromatinei nucleare este reprezentată de acidul dezoxiribonucleic (ADN), constituind substratul chimic al eredității. În urma reducerii cromatinei nucleare în timpul spermatogenezei, 1/2 din spermatozoizi vor avea în nucleu cromozomul X și vor da naștere la feți de sex feminin, iar 1/2 din spermatozoizi vor conține cromozomul Y dînd naștere la feți masculini.

Pentru a se diferenția cele două tipuri de spermatozoizi s-au utilizat substanțe chimice și anume : quinacrin-muștar care se leagă specific de ADN-ul cromozomului Y, în prezența acestuia apărînd un punct fluorescent [28].

Acest fenomen nu se observă în cazul spermatozoizilor cu cromozom X. Ulterior, în același scop s-a utilizat substanța numită dihidroclorură de quinacrin.

Metoda fluorescenței poate permite un diagnostic prenatal al sexului, prin punerea în evidență a cromozomului Y în culturile celulare din lichidul amniotic. La om s-a considerat că 50% din spermatozoizii ejaculați prezintă acest punct de fluorescență.

Acești spermatozoizi cu cromozomi Y s-a constatat că conțin cu 2,7% mai puțin ADN, comparativ cu cei cu cromozomi X.

Acrosomul apare în timpul spermatogenezei ca o formație a complexului Golgi, care se dezvoltă pe măsură ce se maturizează spermatozoidul, ocupînd 2/3 pînă la 3/4 din partea anterioară a acestuia.

b) Colul sau gîtul spermatozoidului are o lungime de 1 micron, face legătura între cap și piesa intermediară, este format din 10—12 formațiuni inelare, în jurul unui cilindru.

c) Piesa intermediară are o lungime de 5—6 microni, conține mitocondrii, care difuzează ATP și alte substanțe care permit contractilitatea și propulsia spermatozoidului. Piesa intermediară a fost denumită și „centrala energetică" a spermatozoidului.

d) Coada cu o lungime de 40—60 de microni, are o structură în care intră filamentul axial și mitocondriile împreună cu piesa intermediară contribuind la producerea mișcărilor de propulsie a spermatozoidului.

Spermatozoizii prezintă o mare diversitate de formă, descriindu-se 40—60 de tipuri morfologice ale capului spermatozoidului.

Unele clasificări îi împart în șase tipuri morfologice și anume (Macleod) : 1. oval, normal ; 2. mic, rotund ; 3. mare ; 4. alungit ; 5. amorf (cuprinzînd și diverse forme atipice) ; 6. imatur.

Pe lîngă modificările capului pot exista modificări ale piesei intermediare și ale cozii, constînd în variații de lungime și grosime.

S-a constatat că atît spermatozoizii normali cît și anormali pot să producă fecundarea ovulului și chiar dezvoltarea embrionului, însă numai ovulele fecundate de spermatozoizi normali pot evolua pînă la stadiul fetal.

Se pare că reducerea conținutului de ADN în spermatozoid ar putea fi unul din factorii cauzali ai avortului și ai infertilității, aspect întîlnit la bărbații infertili.

Se consideră că aberațiile cromozomiale ar fi cauza a 25—35% din avorturile spontane.

Scanned with OKEN Scanner

În structura lobulului testicular între tubii seminiferi se găseşte un ţesut conjunctiv lax, numit ţesut interstiţial. În componenţa ţesutului interstiţial se constată vase sanguine şi limfatice, fibrocite, macrofage, uneori mastocite şi celule endocrine Leydig susţinute de către fibrile de colagen. Celulele Leydig se găsesc sub formă de îngrămădiri, strîns legate unele de altele în jurul micilor vase sanguine. În interiorul citoplasmei acestora, care înconjoară un nucleu central, se găseşte în afara organitelor obişnuite (reticulul endoplasmic granular şi aparatul Golgi), un reticul endoplasmic agranular bine dezvoltat, mitocondrii, incluziuni, lipide, lizozomi şi uneori pigmenţi liposolubili.

Se observă, de asemenea, frecvent o structură cristalină proteică denumită cristaloidul lui Reinke a cărui semnificaţie fiziologică este încă incomplet elucidată [88].

Celulele lui Leydig secretă testosteronul, a cărui cantitate este apreciată la circa 7 mg/24 ore. În apropierea celulelor Leydig se află un sistem limfatic sinusoidal care probabil că permite trecerea testosteronului în tubii seminiferi. În alte ţesuturi sînt secretaţi în cantităţi mai reduse unii steroizi, care se pot transforma în testosteron. Astfel, secreţia de dihydrotestosteron nu depăşeşte 200 μg/24 ore. Celulele lui Leydig au şi un rol de reglare a producerii de hormon luteinizant (LH). Mecanismul prin care steroizii influenţează secreţia de LH de către hipofiză este incomplet elucidat [88].

La om s-au observat variaţii spontane în secreţia de LH în timpul nopţii, variaţii care nu erau condiţionate de alţi factori măsurabili, ca de exemplu : lumina, alimentaţie, activitate, somnul paradoxal etc. Aceste date, privind secreţia de LH, sînt în contrast cu prezenţa unor concentraţii relativ constante de hormon foliculostimulant (FSH), în tot cursul zilei.

Unele observaţii au arătat influenţa pe care o are starea sistemului nervos central asupra secreţiei de LH, o agresiune psihică sau chirurgicală reducînd concentraţiile de LH şi testosteron. Constatarea unor concentraţii plasmatice normale de testosteron, la persoane ai căror tubi seminiferi nu conţineau decît celulele lui Sertoli, demonstrează că spermatogoniile şi derivaţii acestora n-au un rol important în secreţia testosteronului. S-a presupus că întărirea de către FSH a influenţei LH asupra producţiei de testosteron s-ar putea datora acţiunii sale asupra tubilor seminiferi. Imposibilitatea de a sintetiza testosteronul plecînd de la colesterol nu este totală, întrucît steroizii, precursori ai testosteronului pot pătrunde la nivelul tubilor, care pot metaboliza testosteronul în dihidrotestosteron androgen intracelular considerat probabil „activ" [88].

La om prezenţa FSH nu este suficientă pentru întreţinerea spermatogenezei, fiind necesară existenţa unei cantităţi crescute de androgeni. Observaţiile experimentale permit să se considere că FSH-ul este foarte probabil necesar pentru transformarea spermatocitelor în spermatide şi spermatozoizi. Influenţa epiteliului germinal asupra secreţiei de FSH a fost demonstrată prin creşterea concentraţiei de FSH în plasmă la persoane cu diverse afecţiuni ale tubilor seminiferi : aplazia celulelor germinale, radioleziuni testiculare, oligospermie marcată etc. Secreţia de FSH este modificată de androgeni, la om dublarea concentraţiei fiziologice de testosteron reducînd cu circa 50% concentraţia FSH şi LH în plasmă [88].

Scanned with OKEN Scanner

Funcţia endocrină a testiculului este ilustrată de secreţia de steroizi sexuali, datorită structurilor enzimatice caracteristice celulelor Leydig. Testiculul secretă aproape numai androgeni şi în cantităţi reduse estrogeni.

Hormonii androgeni mai sînt secretaţi şi de corticosuprarenală, însă activitatea acestora este mult mai redusă, comparativ cu cei secretaţi de testiculi.

Cei mai importanţi hormoni androgeni secretaţi de testicul sînt: 1) testosteronul; 2) androstendionul; 3) dehidroepiandrosteronul (DHEA).

Mici cantităţi de testosteron sînt secretate de ovar şi suprarenale.

Principalul androgen secretat de ovar este androstendionul, iar principalul androgen produs de corticosuprarenală este DHEA.

Spermatogeneza este condiţionată de stimularea hipotalamo-hipofizară prin GRH — FSH (gonadotrophin-releasing hormon FSH) hipotalamic care stimulează secreţia de FSH de către hipofiză. Printr-un mecanism de „feed-back" prin intervenţia unei substanţe secretate la nivelul testiculului este controlată secreţia de GRS — FSH şi FSH.

Spermatogeneza şi mai ales capacitatea fecundantă a spermatozoizilor este influenţată şi de secreţia de testosteron, care are o acţiune trofică şi de stimulare a glandelor sexuale accesorii şi a tubilor seminiferi.

Tot o acţiune favorabilă asupra fertilităţii o au hormonii tiroidieni ca triiodotiroxina (T_3), vitaminele E, A, B_1 şi acidul fosforic [119].

Androgeneza, constînd din secreţia de testosteron şi D_4 androstendion de ţesutul interstiţial Leydig este condiţionată de acţiunea GRH — LH secretate de hipotalamus, care stimulează secreţia de LH (ICSH) hipofizar care la rîndul său declanşează secreţia de androgeni. În funcţie de variaţiile concentraţiei testosteronului plasmatic liber, printr-un mecanism de „feed-back" este controlată secreţia de RH — LH şi de LH (ICSH).

Canalele seminifere contorte dintr-un lobul se unesc într-unul singur, canalul drept. Canalele drepte provenite de la toţi lobulii se îndreaptă spre mediastin (corpul Highmore), formînd o reţea de canalicule numită „rete testis" (reţeaua Haller). Din această reţea pornesc canalele eferente care străbat albugineea şi unindu-se formează canalul epididimar.

Epididimul ia naştere prin confluenţa canalelor eferente şi este format din trei părţi: a) Capul — situat la polul superior al testiculului, este mai dilatat constituind partea iniţială a acestuia. b) Corpul — este porţiunea intermediară situată pe marginea posterioară a testiculului. c) Coada — este partea inferioară a epididimului situată la polul inferior al testiculului.

Corpul şi coada epididimului formează canalul epididimar care, în regiunea cozii, îşi schimbă direcţia brusc continuîndu-se cu canalul deferent.

Numeroase observaţii clinice şi morfologice au arătat că spermatozoizii se maturează în mod sigur în epididim, a cărui lungime este de circa 6—7 m. Coada epididimului constituie un adevărat rezervor în care sînt păstraţi spermatozoizii maturi înainte de ejaculare. Cu ocazia fiecărei ejaculări nu se elimină decît o mică parte din cantitatea de spermatozoizi prezenţi în coada epididimului. La acest nivel spermatozoizii au condiţii care le permit o supravieţuire prelungită şi mai ales păstrarea capacităţii

Scanned with OKEN Scanner

de fecundare. Funcţia epididimului se caracterizează prin două mecanisme principale : maturarea spermatozoizilor şi depozitarea acestora.

Capacitatea de fecundare a spermatozoizilor este însoţită de anumite modificări morfofuncţionale ale acestora, ilustrînd mecanismul de maturare. Acest proces începe în testicul în timpul cînd spermatozoizii sînt în tubii seminiferi, în conurile aparente şi epididim.

Motilitatea spermatozoizilor în epididim este foarte scăzută sau chiar absentă, o importanţă deosebtiă avînd mişcările peristaltice care transportă spermatozoizii prezenţi în interiorul cozii epididimului.

Stocarea spermatozoizilor în coada epididimului asigură păstrarea intactă a capacităţii de fecundare a acestora. Absenţa androgenilor datorită schimbărilor care survin în compoziţia chimică a lichidului epididimar reduce rapid capacitatea funcţională a spermatozoizilor, care sufăr un fenomen de alterare şi sînt fagocitaţi.

Canalul deferent — are o formă de tub, continuînd canalul epididimar, din regiunea cozii epididimului îndreptîndu-se în sus, trecînd prin canalul inghinal, ajunge în cavitatea pelviană, iar la nivelul fundului vezicii urinare prezintă o porţiune dilatată, ampula canalului deferent. De aici grosimea canalului deferent se subţiază, iar prin unire cu gîtul veziculei seminale dă naştere canalului ejaculator. Canalul deferent la om are o lungime de circa 35—45 cm şi un diametru în jur de 2,5 mm, în interior avînd o mucoasă formată dintr-un epiteliu prismatic pseudostratificat, iar la exterior o tunică musculară bine dezvoltată.

După unele studii, diametrul interior al canalului deferent ar fi de 0,55±0,11 mm, cu diferenţe de la o persoană la alta, de la canalul drept la cel stîng şi la aceeaşi persoană între porţiunea proximală şi cea distală.

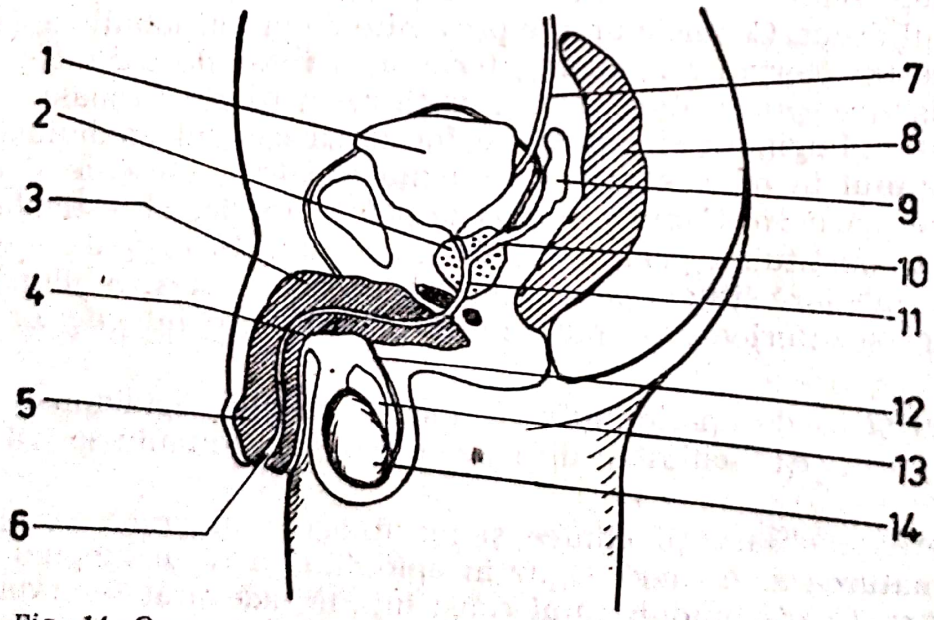

Fig. 14. Organele genitale ale bărbatului. Schematic, secţiune mediană de profil : 1. vezica urinară ; 2. prostată ; 3. corpii cavernoşi ; 4. corpul spongios ; 5. glandul penisului ; 6. meatul urinar ; 7. ureterul ; 8. rectul ; 9. vezica seminală ; 10. canal ejaculator ; 11. uretra ; 12. canal deferent ; 13. epididim ; 14. testicul.

Scanned with OKEN Scanner

În condiţii experimentale, pe segmente de canal deferent s-a observat prezenţa unei motilităţi spontane, frecvenţa contracţiilor crescînd de la epididim către uretră.

Începînd de la testicul şi pînă la orificiul abdominal al canalului inghinal, canalul deferent împreună cu vasele, nervii şi muşchiul cremaster formează cordonul spermatic de care este suspendat testiculul.

Veziculele seminale, în număr de două — au forma unor săculeţi — constituie un rezervor în care este depozitată sperma pe măsură ce este produsă de testicul. Aşezate la baza prostatei, între vezica urinară şi rect, ele produc cea mai mare parte din lichidul spermatic. Mucoasa care le căptuşeşte este acoperită cu un epiteliu simplu şi secretă un lichid transparent, incolor. Avînd o formă de pară cu vîrful în jos prin racordarea porţiunii mai subţiri cu partea terminală a canalului deferent, se formează canalul ejaculator.

Canalele ejaculatoare, în număr de două, se găsesc în grosimea prostatei şi se deschid în uretră prostatică. Lungimea lor este de 2,5—3 cm, diametrul la origine fiind de 4 mm, iar în porţiunea care face joncţiunea cu uretra, de 1 mm.

Prostata este o glandă anexă, cu formă ovoidală, cu dimensiunea de 3—4 cm şi o greutate de 20—25 g, cu vîrful în jos, înconjurînd ca un manşon prima parte a uretrei.

Ea este formată dintr-o capsulă fibroasă şi dintr-o stromă conjunctivo-musculară, care conţine circa 30—50 de glande, ale căror canale se deschid în lumenul uretrei, unde se varsă lichidul prostatic, lăptos, fluid şi tulbure, cu o reacţie slab alcalină, care are o acţiune fluidifiantă asupra spermei emise, influenţînd favorabil motilitatea spermatozoizilor.

În structura prostatei intră un muşchi neted, muşchiul prostatic, care constituie al doilea sfincter uretral. Contracţiile lui favorizează eliminarea lichidului prostatic care se amestecă cu spermă în timpul ejaculării.

Glandele bulbo-uretrale (glandele Cowper). Aceste glande, în număr de două, dreapta şi stînga, situate sub prostată, au mărimea unui bob de mazăre şi secretă un lichid clar de culoare alb-gălbuie, vîscos, pe care îl varsă în uretra peniană, intrînd astfel în compoziţia lichidului spermatic în momentul ejaculării.

ORGANELE GENITALE EXTERNE

PENISUL

Este organul genital masculin pentru contact sexual, avînd rolul depunerii spermei în vaginul femeii. Are o formă asemănătoare unui cilindru, la care se descrie o rădăcină şi o porţiune mobilă. Rădăcina se gă-

Scanned with OKEN Scanner

seşte în perineu, fiind fixată de oasele pubiene şi ischiatice. Porţiunea mobilă cuprinde corpul penisului şi glandul. În stare flască, lungimea medie este de 9,5 cm cu variaţii mergînd de la 8,5—10 cm.

Corpul penisului are forma unui cilindru puţin turtit, este acoperit de o piele fină, foarte mobilă, care depăşeşte marginea liberă a acestuia.

Glandul penisului se găseşte situat la extremitatea liberă a corpului, avînd o formă aproape conică, descriindu-se un vîrf şi o bază. În vîrful glandului se găseşte meatul uretral. Baza glandului, numită coroana glandului, are un diametru mai mare decît extremitatea corpului penisului, fiind separată de acesta prin şanţul balano-prepuţial.

Pielea de pe corpul penisului, mobilă, poate acoperi glandul, fiind aderentă de suprafaţa acestuia, numai pe o porţiune delimitată pe linia mediană ventrală, formînd „frenul prepuţului".

Pielea aceasta mobilă, care poate acoperi sau descoperi glandul, este un repliu cutano-mucos, denumit prepuţ.

Prepuţul are în structura sa glandele Tysson, ce secretă un lichid vîscos, smegma prepuţială, care se recomandă să fie îndepărtată prin spălare.

Suprafaţa glandului este acoperită cu o tunică fibro-elastică numită albuginee.

În structura penisului se descriu corpii erectili care produc rigiditatea penisului, favorizînd efectuarea actului sexual. Aceştia sînt : corpii cavernoşi ai penisului şi corpul spongios al uretrei.

Corpii cavernoşi ai penisului, în număr de doi, sînt aşezaţi în partea superioară, pe părţile laterale ale corpului penisului ; asemănaţi cu doi cilindri, sînt despărţiţi pe linia mediană de un perete denumit septul penian, care prezintă numeroase lacune ce permit comunicarea între cei doi corpi. La extremitatea posterioară a penisului ei îşi micşorează diametrul, participînd la formarea rădăcinii penisului.

La extremitatea anterioară a penisului, cei doi corpi cavernoşi se întind pînă la baza glandului. Corpii cavernoşi la suprafaţă au un înveliş propriu denumit albuginee, o membrană fibroasă, albicioasă, care-i acoperă pe întreaga suprafaţă. Albugineea se continuă în interiorul corpilor cavernoşi cu prelungiri în formă de trabecule formate din fibre conjunctive elastice şi musculare. Aceste trabecule se anastomozează formînd nişte spaţii lacunare denumite areolele corpilor cavernoşi.

Areolele sînt capilare foarte dilatate, care comunică cu ramurile terminale ale arterelor cavernoase. Tot din aceste areole iau naştere şi structuri venoase. O caracteristică a acestor formaţiuni anatomice este aceea de a fi contractile, fapt care permite producerea erecţiei.

Corpul spongios al uretrei este o formaţie unică aşezată pe faţa inferioară a penisului, fiind străbătut de către uretră. La acesta se descriu trei porţiuni : o porţiune mijlocie formînd corpul spongios propriu-zis, o porţiune posterioară mai dilatată formînd bulbul uretral şi o porţiune anterioară mai dilatată formînd glandul. Structura corpului spongios este similară cu cea a corpilor cavernoşi, ţesutul erectil fiind acoperit de albuginee.

Corpii erectili, reprezentaţi de cei doi corpi cavernoşi şi corpul spongios, din exterior spre interior, sînt acoperiţi de următoarele structuri : 1. un înveliş cutanat care continuă tegumentele în regiunea pubiană, for-

Scanned with OKEN Scanner

mat dintr-o piele fină şi mobilă ; 2. dartosul penian format din fibre musculare netede, avînd rolul de comprimare a corpilor erectili, favorizînd astfel erecţia ; 3. învelişul celular lax în care se găsesc vasele sanguine şi nervii superficiali ; 4. fascia penisului sau învelişul elastic, formată din ţesut conjunctiv ce aderă la corpii erectili, constituind o teacă comună acestora. Această formaţiune se întinde pînă la baza glandului şi nu participă la formarea prepuţului.

Suprafaţa penisului este bogată în terminaţii nervoase, mai ales pe faţa internă a prepuţului, în regiunea frenului şi a glandului unde se găsesc corpusculi senzitivi speciali.

În mod normal, penisul este mai mult sau mai puţin flasc, în care caz prepuţul acoperă glandul aproape în întregime. Datorită stimulilor sexuali, penisul îşi modifică poziţia, dimensiunile, volumul şi consistenţa devenind rigid. În aceste condiţii prepuţul se retractă, glandul rămînînd descoperit parţial sau total. Acest fenomen reflex poartă numele de erecţie şi este primul răspuns fiziologic ce apare în urma unei excitaţii sexuale eficace.

Centrii nervoşi de integrare ai erecţiei sînt localizaţi la nivelul măduvei sacrate, la nivelul măduvei toraco-lombare, integrarea funcţiei erectile făcîndu-se la nivelul scoarţei cerebrale.

O congestie suplimentară a penisului în erecţie, în special a coroanei glandului, s-a observat în cursul mişcărilor intravaginale, în faza imediat preejaculatorie, preorgasmică.

Excitaţiile care pot produce erecţia penisului pot fi de natură psihogenă fiind reprezentate de excitanţii vizuali, olfactivi, auditivi, imaginativi sau din memorie etc., care acţionează asupra centrilor erotogeni din cortexul cerebral şi pot declanşa erecţia ; foarte probabil că în aceste condiţii apar stările de erecţie în timpul somnului, asociate cu vise erotice.

Erecţia reflexă poate surveni prin excitarea penisului şi într-o oarecare măsură a scrotului.

De asemenea excitaţiile provenite de la vezica urinară şi rect pot determina reflex erecţia. În cele mai multe cazuri, excitanţii sexuali de natură psihogenă şi reflexogenă prezintă o acţiune sinergică de favorizare a erecţiei penisului.

În unele cazuri excitanţii psihogeni asexuali (sentimente de repulsie, antipatie) pot inhiba apariţia erecţiei.

Sînt foarte greşite părerile care raportează dimensiunile penisului la virilitatea bărbatului. S-a constatat că un penis de dimensiuni reduse în stare flască, creşte uneori aproape la dublu, decît un penis mai dezvoltat în stare flască, dar care creşte mai puţin în erecţie, astfel încît în ambele cazuri se ajunge aproape la aceeaşi dimensiune [119].

Cînd tensiunea sexuală a atins valori maxime se produce în mod reflex eliminarea spermei, constituind ejacularea declanşată de centrii superiori corticali şi centrul ejaculării din măduva lombară.

Eliminarea sacadată cu presiune a spermei din orificiul uretral se datoreşte unor contracţii care apar pe toată lungimea uretrei peniene. În prima fază a ejaculării au loc contracţii ale canalelor deferente, epididimului, veziculelor seminale şi prostatei care produc eliminarea lichidului seminal din glandele accesorii în porţiunea uretrei care străbate prostata.

Scanned with OKEN Scanner

Această acumulare la nivelul uretrei prostatice produce o mărire în volum de 2—3 ori a bulbului uretral. În momentul cînd sfincterul intern al vezicii urinare se deschide, intervine contracția mușchilor ischio-cavernoși și bulbo-cavernoși, care favorizează împingerea spermei din uretra prostatică în uretra peniană. Contracțiile ejaculatorii ale uretrei peniene elimină sperma sacadat sub presiune.

În majoritatea cazurilor, în timpul ejaculării se produce orgasmul feminin. Se consideră că bărbatul are o senzație subiectivă de iminentă ejaculare în momentul cînd glandele sexuale accesorii se contractă. După un scurt interval, în care simte apariția ejaculării fără a o mai putea controla, apar primele contracții și ejacularea spermei, moment în care plăcerea este maximă, ulterior contracțiile uretrei peniene diminuînd și senzațiile de plăcere fiind mai reduse. Se pare că satisfacția sexuală, orgasmul la bărbat este în raport cu volumul spermei eliminate, senzația subiectivă de plăcere diminuînd pe măsura repetării la scurt timp a contactului sexual. Acest aspect este în contrast cu senzația subiectivă de satisfacție la femeie, care crește pe măsura repetării orgasmului.

Majoritatea studiilor apreciază că durata normală a timpului pînă la apariția ejaculării este de 2—20 minute.

Uretra se prezintă sub forma unui canal care se întinde de la fundul vezicii urinare pînă la orificiul extern al uretrei sau meatul uretral care se deschide în vîrful glandului. Se descriu trei porțiuni :

a) uretra prostatică care trece prin prostată, în ea deschizîndu-se canalele ejaculatoare și canalele excretoare ale prostatei.

În apropierea orificiului de evacuare a vezicii urinare, uretra este înconjurată de fibre musculare netede circulare, formînd sfincterul intern al uretrei. Uretra prostatică are o lungime de 3—4 cm ;

b) uretra membranoasă se găsește în regiunea perineală, ea avînd un sfincter uretral extern ; lungimea uretrei membranoase este de 1—2 cm ;

c) uretra peniană străbate penisul pe întreaga lungime a acestuia, deschizîndu-se la vîrful glandului prin meatul uretral ; lungimea ei este de 10—14 cm.

Scrotul este o formație anatomică tegumentară în care se găsesc testiculele. Peretele scrotului este format din mai multe straturi : la exterior dintr-o piele subțire, elastică, pigmentată, încrețită, cu glande și peri rari.

În zona mediană se găsește o cută, numită rafeul scrotului, care în interior formează un perete conjunctiv ce delimitează două compartimente numite burse care conțin fiecare cîte un testicul. Sub tegumente se găsește dartosul, format din fibre musculare netede, care participă la formarea peretelui dintre burse și intervine în încrețirea pielii pe scrot.

În continuare, spre interior, se găsesc succesiv : tunica celulară, formată din țesut celular lax ; tunica musculară formată din fibre striate ; tunica fibroasă și tunica vaginală care este în contact cu albugineea testiculului.

Scrotul are un rol important în reglarea și menținerea temperaturii locale cu 2—3 grade inferioară temperaturii corpului, condiție importantă pentru asigurarea unei spermatogeneze normale.

Scanned with OKEN Scanner

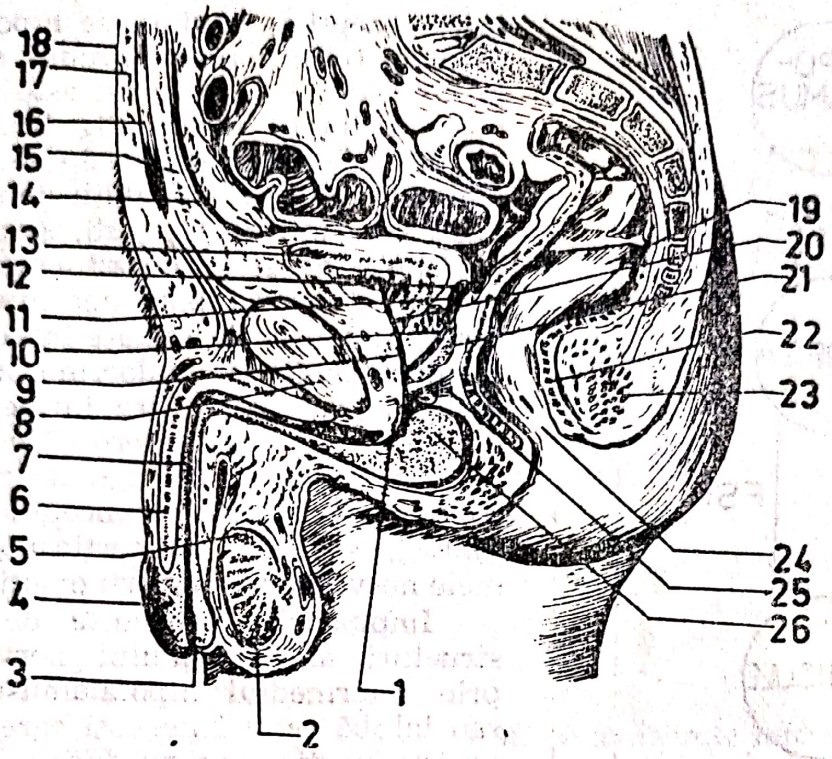

Fig. 15. Secţiune sagitală mediană prin pelvis la bărbat 1. uretra membranoasă; 2. testicul; 3. orificiul uretrei; 4. glandul penisului; 5. capul epididimului; 6. corpul cavernos al penisului; 7. corpul spongios uretral; 8. simfiza pubiană; 9. uretra prostatică; 10. canal ejaculator; 11. vezicula seminală; 12. fund de sac vezico-rectal; 13. vezica urinară; 14. peritoneul parietal; 15. strat subperitoneal; 16. muşchiul drept abdominal; 17. ţesut cutanat; 18. tegumente; 19. rect; 20. colul vezical; 21. prostata; 22. sfincterul intern (neted); 23. sfincterul extern (striat); 24. orificul anal; 25. muşchiul transvers periveal; 26. bulbul uretrei.

Procesul de spermatogeneză este defavorizat de temperaturi mai ridicate, aspect ilustrat de atrofiile testiculare observate în cazurile cînd testiculele nu au coborît în scrot (criptorhidie).

GONADOSTATUL MASCULIN

Funcţia de reproducere la bărbat, precum şi secreţia externă şi internă a gonadelor sînt sub controlul sistemului nervos central (cortex, sistem limbic) şi sub controlul sistemului hipotalamo-hipofizar care funcţionează pe baza unui mecanism de „feed back".

Întreg acest ansamblu complex, la care participă şi alte glande endocrine constituie ceea ce se cheamă „gonadostatul masculin".

Se consideră că structurile sistemului nervos, reprezentate de cortexul frontal orbital şi sistemul limbic, sînt sensibile la excitanţi extero şi

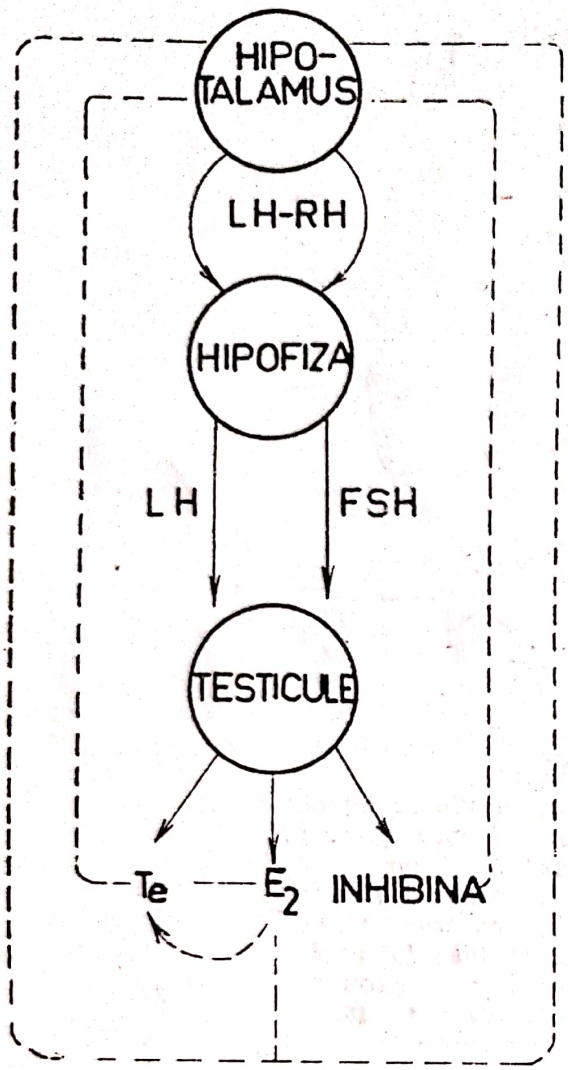

Fig. 16. Schema raportului între hipotalamus, hipofiză (lobul anterior) şi testicule. (45): Stimularea este indicată cu linii continue, iar inhibiţia cu linii discontinue (LH—hormon luteimizant; FSH=hormonul foliculo-stimulant; LH-RH=hormonul de eliberare a LH; Te—testosteron; E_2=estradiol).

interoreceptivi, în timp ce hipotalamusul, care are rolul major împreună cu hipofiza în controlul reproducerii, este mai sensibil la excitanţii interni (Fig. 16).

Modificările hormonale se realizează, mai ales, pe baza cantităţii de steroizi sexuali secretaţi de testiculi, care printr-un mecanism de „feed back" acţionează asupra structurilor hipotalamo-hipofizare. La acest mecanism de reglare intervin şi hormonii altor glande endocrine, mai ales cei corticosuprarenali, care influenţează secreţia şi acţiunile steroizilor testiculari.

La reglarea funcţiei de reproducere participă structurile rinencefalice (sistemul limbic), sistemul neocortical şi mecanismele nervoase ale reglării emoţionale.

Impulsurile provenite de la diverse structuri ale sistemului nervos central prin intermediul hipotalamusului excită sau inhibă centrii nervoşi care acţionează asupra funcţiei de reproducere.

În raport cu zona hipotalamică interesată, procesele de inhibiţie pot produce la bărbat pierderea potenţei sexuale sau a fertilităţii.

Comportamentul reproductiv (sexual sau copulator) a fost definit ca un ansamblu de răspunsuri asociate direct cu excitarea genitală şi cu actul sexual. Comportamentul sexual implică intervenţia unui mecanism de excitare care iniţiază comportamentul reproducător şi un mecanism de ejaculare.

La om, comportamentul reproductiv este într-o măsură mai mare sau mai mică deliberat, din cauza predominanţei neocortexului, peste diversele faze ale comportamentului sexual, reprezentate de motivaţia sexuală, realizarea actului sexual, perioada refractară etc. se suprapun alţi factori de natură : etică, socială, psihologică etc.

Astfel, la om comportamentul sexual are o structură complexă, la componenta neurohormonală, adăugîndu-se o componentă psihoemotivă, caracteristic umană.

Funcţia de reproducere la bărbat este influenţată şi de intervenţia altor glande endocrine în afară de hipofiză. Astfel, tiroida, suprarenalele şi neurohipofiza intervin direct sau prin intermediul hormonilor adenohipofizari, tireotropi şi corticotropi, modificînd funcţia de secreţie şi excreţie a testiculelor.

Scanned with OKEN Scanner

DEZVOLTAREA ONTOGENETICĂ ŞI EVOLUŢIA SEXUALIZARII

Pentru o mai bună înţelegere a igienei sexuale este necesară cunoaşterea cîtorva aspecte morfologice legate de ontogeneza umană.

Aceasta s-ar putea periodiza după cum urmează [3] :

1. Perioada **preembrionară**, numită şi perioada premorfologică sau gametogenetică, în care are loc producerea la femei şi la bărbaţi a celulelor sexuale apte pentru realizarea fecundaţiei.

2. Perioada **prenatală** sau perioada intrauterină, la care se pot sistematiza următoarele etape :

2.1. *Blastogeneza* este etapa care survine după fecundaţie (zigotogeneza) cînd are loc segmentarea oului datorită multiplicărilor celulare. Simultan cu acest proces are loc migraţia oului din trompă şi nidaţia oului în cavitatea uterină. Fecundaţia în mod normal are loc în apropierea momentului ovulaţiei, iar nidaţia la circa 7—10 zile de la ovulaţie.

2.2. *Gastrularea* este etapa în care apar foiţele embrionare şi se produce la 15—18 zile de la ovulaţie. Ea reprezintă a III-a săptămînă a dezvoltării ontogenetice.

2.3. Etapa *embrionară* este aceea în care se definitivează forma exterioară a corpului embrionar, ea reprezentînd a IV—VIII-a săptămînă a dezvoltării ontogenetice.

2.4. Etapa *fetală*, situată între luna a III—X-a, se împarte în etapa fetală timpurie cuprinsă între luna a III—VI-a şi etapa fetală tîrzie între luna a VI—X-a.

2.5. Perioada *prenatală* se termină cu naşterea fătului, un organism care poate să-şi ducă viaţa în afara corpului mamei.

Acest moment, *naşterea*, separă perioada prenatală de perioada postnatală.

3. Perioada **postnatală** sau perioada extrauterină, care se poate schematiza în următoarele etape :

3.1. *Copilăria*, etapa în care are loc creşterea şi dezvoltarea organismului noului născut. Ea se subdivide în mai multe etape :

3.1.1. Prima copilărie, de la 0—3 ani, cu următoarele diviziuni :

— Copil nou-născut : cel cu o vîrstă pînă la 30 de zile.

— Copil sugar : cel cu o vîrstă între 30 zile pînă la un an.

— Copil mic : cel cu o vîrstă de la 1—2 ani.

— Copil antepreşcolar : cel cu vîrstă de la 2—3 ani.

3.1.2. A doua copilărie sau perioada de copil preşcolar, cuprinsă între 3—6 ani.

3.1.3. A treia copilărie sau perioada de copil şcolar, situată peste 6 ani pînă la apariţia pubertăţii.

3.2. *Pubertatea* sau perioada de dezvoltare a organismului, care face trecere între copilărie şi adolescenţă. Ea se situează între aproximativ 11—15 ani la fete şi 14—16 ani la băieţi.

3.3. *Adolescenţa* este perioada care urmează după apariţia pubertăţii, pînă în momentul încheierii procesului de creştere, situat între 20—22 ani la fete şi 23—25 ani la băieţi.

3.4. *Vîrsta adultă*, etapa în care evoluţia morfofuncţională a organismului atinge valorile maxime. Limita inferioară este reprezentată de sfîrşitul adolescenţei, iar limita superioară este foarte variabilă, în funcţie de particularităţile individuale, situîndu-se între circa 60—65 ani.

3.5. *Bătrîneţea sau senescenţa* este etapa caracterizată printr-un regres progresiv în evoluţia morfofuncţională a organismului, încheindu-se cu moartea.

EVOLUŢIA SEXUALIZĂRII

Procesul de sexualizare evoluează în timp, în etape succesive, cea precedentă condiţionînd pe cea care urmează. Schematic, aceste etape se pot sistematiza astfel :

1. **Etapa genetică**, care începe în momentul fecundaţiei şi determină sexul genetic sau cromozomial, rezultat din unirea cromozomilor ovulului cu cei ai spermatozoidului.

Celulele organismului uman conţin 46 de cromozomi, din care 44 formează 22 de perechi şi se numesc autozomi (A), întîlnindu-se atît la femei cît şi la bărbaţi, precum şi doi cromozomi sexuali numiţi şi gonozomi, care pot fi similari XX sau homogami sau diferiţi XY sau heterogami (Fig. 17).

La femei, ovulul conţine 22 de perechi de autozomi şi 2 gonozomi X, adică 46 de cromozomi (44 A+XX).

La bărbaţi, celula sexuală germinativă spermatogonia conţine tot 22 perechi de autozomi şi 2 gonozomi diferiţi X şi Y, adică 46 de cromozomi (44 A+XY).

Scanned with OKEN Scanner

La maturitate prin diviziuni succesive atît ovulul cît şi spermatogonia îşi reduc numărul de cromozomi la jumătate.

Astfel, ovulul matur conţine 22 de autozomi+1 gonozom X. În schimb, spermatozoidul poate avea fie 22 de autozomi şi un gonozom X, fie 22 de autozomi şi un gonozom Y.

Prin fecundarea de un spermatozoid cu formula 22 A+X, a unui ovul (22 A+X) va lua naştere un ou cu formula 44+XX determinînd astfel sexul genetic feminin.

În cazul cînd fecundaţia ovulului s-a făcut de un spermatozoid cu formula 22 A+Y, rezultă un ou cu formula cromozomică 44+XY care determină sexul genetic masculin.

În condiţii normale, toate celulele care vor apare din celula ou vor avea formula 44 A+XX pentru un organism feminin şi 44+XY pentru un organism masculin (Fig. 17).

Cromozomii conţin totalitatea caracterelor ereditare ale unei persoane; primele 22 de perechi de autozomi determină caracteristicele diverselor componente ale organismului uman. În legătură cu rolul gonozomilor sexuali s-a stabilit că absenţa gonozomilor duce la naşterea oului (44 A+OO) neviabil.

Absenţa a cel puţin unui gonozom X, de asemenea, nu asigură viabilitatea oului (44 A+Y). În cazul unui ou cu un singur gonozom X (44 A+XO), acesta va fi viabil dar va da naştere la un organism fără gonade, numai perechea XX putînd determina formarea ovarelor.

În perechea XY, gonozomul Y determină caracteristicile masculine şi formarea testiculelor, rolul lui fiind orhigenetic.

În concluzie, se poate spune că sexul copilului este condiţionat numai de celulele sexuale masculine, acestea fiind singurele purtătoare ale gonozomului masculin Y.

2. **Etapa embriofetală** în care se formează sexul gonadic, sexul gonoforic şi sexul genital extern.

2.1. *Sexul gonadic.* Embrionul nu prezintă nici un semn de sexualizare pînă la vîrsta de 35 de zile. Începînd din a 37-a zi, prin proliferarea epiteliului germinativ din formaţia embrionară mixtă, canalele lui Wolff, se dezvoltă creasta genitală formîndu-se progonada mixtă cu potenţialităţi bisexuale. Ea este formată din o zonă externă, corticală cu posibilităţi de dezvoltare a unei gonade feminine, ovarul şi o zonă interioară medulară cu posibilităţi de dezvoltare a unei gonade masculine, testiculul. În această etapă, pînă la a 45-a zi, posibilitatea fiecărei zone de a se transforma în ovar sau testicul este egală. Începînd din a 46-a zi, sub influenţa gonozomilor, este favorizată dezvoltarea unei gonade masculine sau feminine.

Astfel, dacă sexul genetic este XX se va dezvolta corticala formîndu-se ovarul, iar dacă sexul genetic este XY se va dezvolta medulara apărînd testiculul. Se consideră că în a 56-a zi de viaţă embrionul are un sex gonadic bine determinat (Fig. 18).

2.2. *Sexul gonoforic intern* este caracterizat prin dezvoltarea normală a organelor genitale interne atît la femeie cît şi la bărbat, dezvoltare care începe din a 57-a zi de viaţă.

Scanned with OKEN Scanner

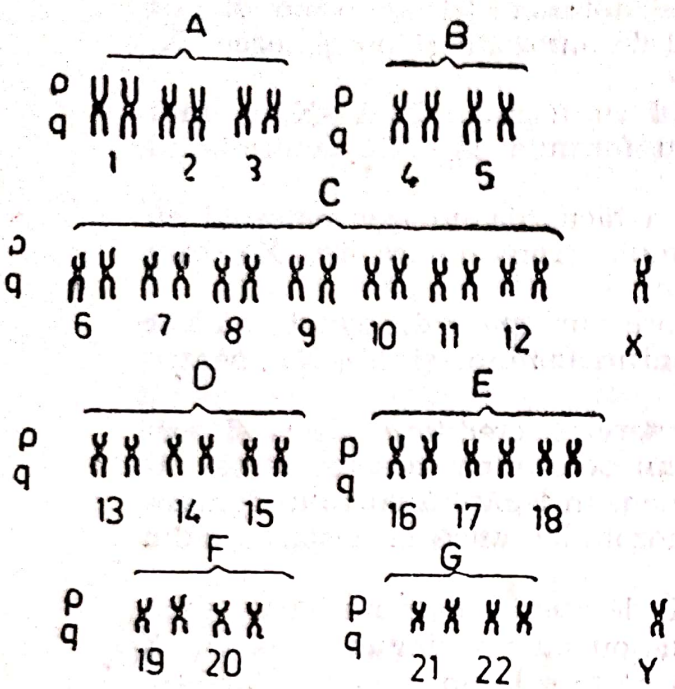

Fig. 17. Cariotipul normal al bărbatului (după clasificarea Denver-Colorado):

Fiecare cromozom este format dintr-un centromer de la care pleacă un braţ scurt (p) şi un braţ lung (q) a căror poziţie relativă şi lungime diferă de la un cromozom la altul, permiţînd identificarea şi împărţirea acestora în şapte grupe.

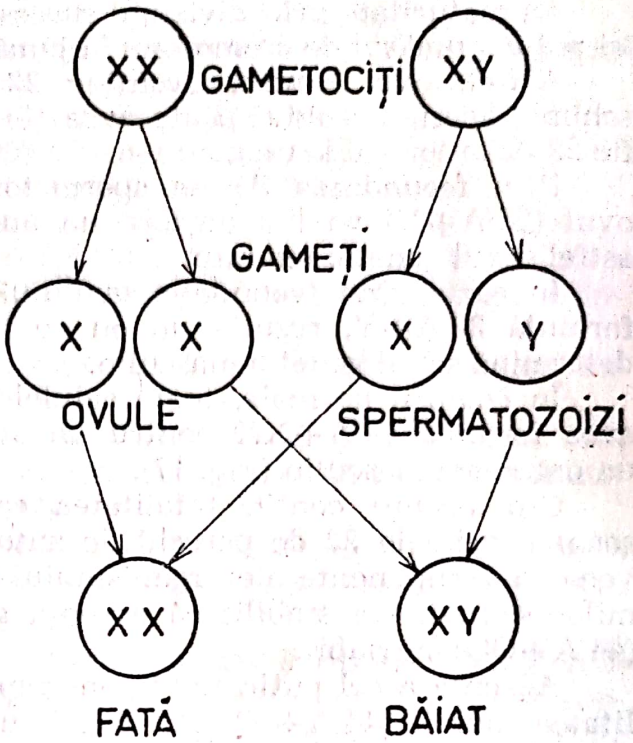

Fig. 18. Mecanismul determinării cromozomiale a sexului.

La femeie organele genitale interne se dezvoltă din canalele Müller (trompele, uterul şi vaginul), canalele lui Wolff atrofiindu-se şi ulterior dispărînd. La bărbat organele genitale interne se formează din canalele lui Wolff, alături de testicule dezvoltîndu-se epididimul, canalul deferent, canalul ejaculator, veziculele seminale. Canalele lui Müller suferind un proces de atrofiere, ulterior dispar.

Organele genitale interne sînt complet dezvoltate la sfîrşitul lunii a III-a de viaţă (Fig. 19).

2.3. *Sexul genital extern.* Acesta se stabileşte începînd din luna a III-a pînă la sfîrşitul celei de-a V-a luni de viaţă.

Astfel, încă din luna a II-a în zona genitală a embrionului apare un tubercul genital median şi doi muguri genitali laterali simetrici.

La sexul masculin, începînd din luna a III-a, din tuberculul genital se formează penisul, iar din mugurii genitali laterali, care se unesc pe linia mediană, scrotul.

La sexul feminin, din tuberculul genital începînd din luna a III-a se dezvoltă clitorisul, iar din mugurii genitali laterali, labiile mari, labiile mici şi vulva.

Scanned with OKEN Scanner

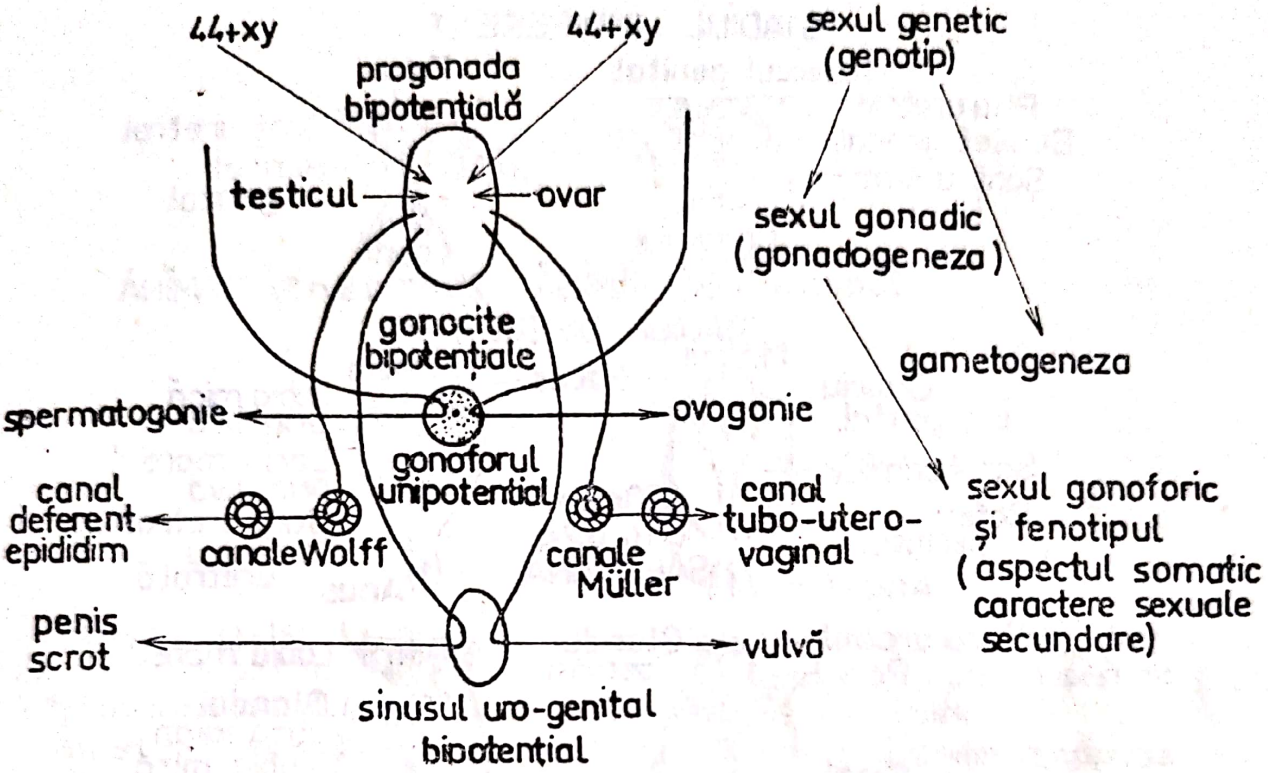

Fig. 19. Embriogeneza aparatului genital după V. Vasiliu (18).
(Al doilea 44+xy se va citi corect 44 xx).

La sfîrșitul lunei a V-a sexul genital extern al embrionului este complet dezvoltat.

Coborîrea testiculului embrionar din abdomen începe în luna a V-a și a VI-a, ajungînd în canalul inghinal în luna a VII-a, iar în scrot la sfîrșitul lunii a VIII-a (Fig. 20).

3. Etapa perinatală de diferențiere sexuală a sistemului nervos

În această etapă diferențierea sexuală a sistemului nervos se caracterizează prin programarea unei funcții ciclice hipotalamo-hipofizare de secreție a LH (hormon luteinizant) și FSH (hormon foliculo-stimulant), la femeie favorizîndu-se ovulația și formarea corpului galben, diferențierea făcîndu-se după caracteristica feminină.

La bărbat sub acțiunea testosteronului, în absența acestei funcții ciclice de secreție a LH și FSH, se face această diferențiere după caracteristica masculină.

În această etapă, în centrii hipotalamici se programează comportamentul sexual de tip masculin sau feminin.

Rezultatele unor cercetări experimentale par să indice apariția unei sexualizări neuropsihice în perioada perinatală, care va evolua ulterior, desăvîrșindu-se în perioada adultă.

4. Etapa pubertară

Aceasta se caracterizează prin apariția primei menstruații la fete și a primei ejaculări la băieți.

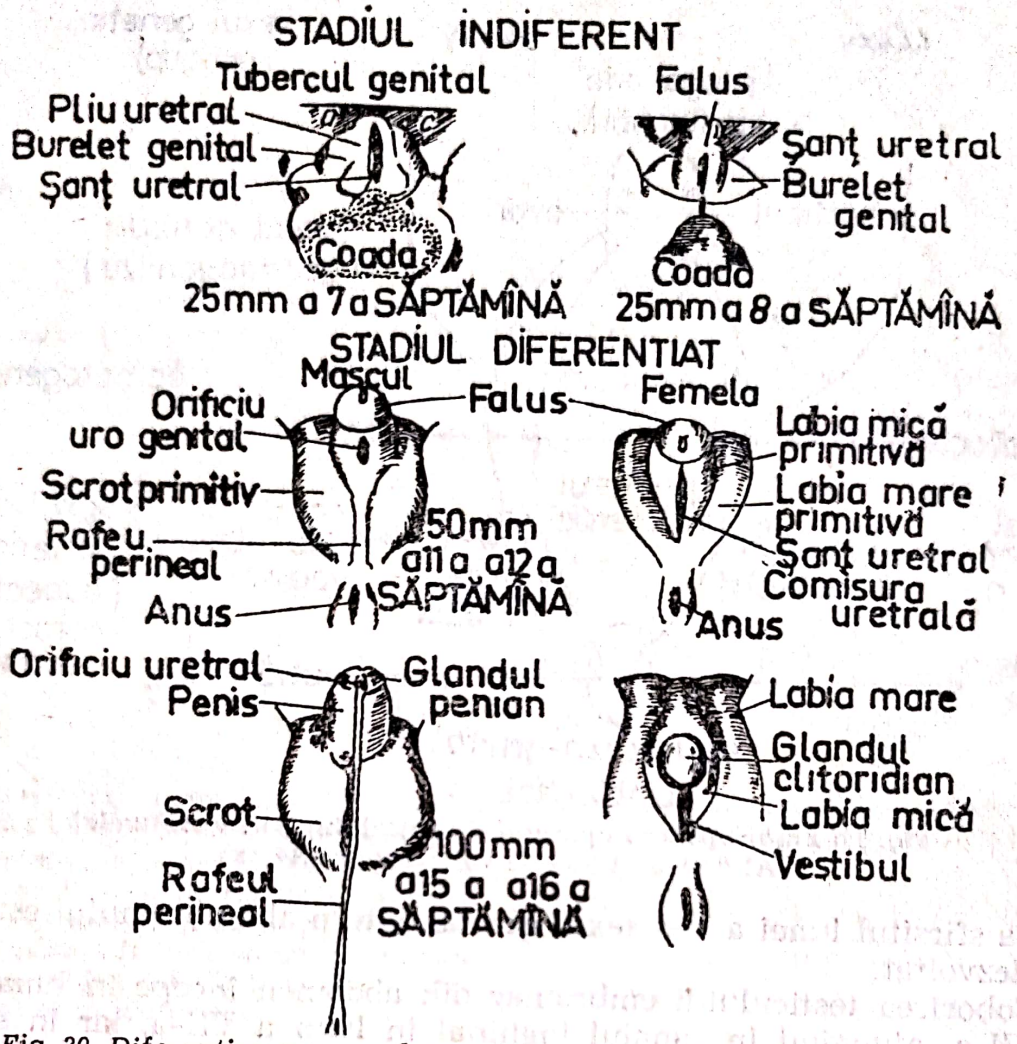

Fig. 20. Diferenţierea organelor genitale externe din primordia bipotenţială (după Grumbach citat de (18)).

În această perioadă se observă o maturizare a gonadelor şi o secreţie de hormoni sexuali cu predominanţa androgenilor la bărbat şi a estrogenilor la femeie. Totodată apar modificări morfofuncţionale caracteristice fiecărui sex.

5. Etapa de formare a sexului psihic

Caracteristicile neuropsihice şi comportamentul sexual sînt influenţate de numeroşi factori pe care i-am citat anterior, la care se adaugă influenţa mediului familiar, educaţiei, mediului social, mediului şcolar, experienţa personală etc.

Creşterea copilului, ca băiat sau ca fată, impune pentru fiecare sex un anumit tip de comportament. Conştiinţa apartenenţei la un anumit sex ar apare destul de timpuriu între 18 luni şi 3 ani, ea fiind determinată de :

1) imaginea corporală, cu prezenţa organelor genitale caracteristice fiecărui sex.

2) sexul gonadic al copilului.

3) comportarea părinţilor faţă de copil crescut ca băiat sau fată.

Sub influenţa acestor factori se stabileşte comportamentul psihosexual direcţionat către sexul opus, al adolescentului sau adultului.

PUBERTATEA

Sfîrşitul copilăriei şi începutul adolescenţei coincide cu apariţia pubertăţii. Cuvîntul provine de la „pubescere", în limba latină a „se acoperi cu păr", ilustrînd astfel apariţia caracterelor sexuale secundare.

Acest termen este utilizat în mod obişnuit pentru a desemna apariţia capacităţii de procreere datorită modificărilor anatomo-funcţionale pe care le-a suferit organismul copilului.

La fete, apariţia acesteia este ilustrată de prezenţa primului ciclu menstrual şi primei menstruaţii, la băieţi începutul pubertăţii este marcat de emisia de spermă, de obicei în timpul nopţii, mai frecvent în cadrul unui vis erotic. Această emisie involuntară de lichid spermatic se numeşte poluţie. Termenul a fost nefericit ales, avînd semnificaţia de murdărie şi prezentînd o rezonanţă cu totul deosebită după utilizarea largă a noţiunii de „poluare" a mediului ambiant.

Din aceste motive considerăm ca mai corespunzătoare denumirea de „ejaculare onirică".

Vîrsta apariţiei pubertăţii poate varia în limite foarte largi, în funcţie de diversele regiuni geografice, de modul de viaţă şi mai ales în funcţie de particularităţile individuale ale băieţilor şi fetelor. Ea este considerată precoce cînd apare înainte de 8 ani la fete şi 9 1/2 ani la băieţi.

Dacă în trecut se considera că pubertatea era mai precoce în zonele geografice cu un climat cald, vîrsta medie fiind apreciată la 8—10 ani pentru fete şi 10—12 ani pentru băieţi, şi mai tardivă în zonele cu un climat temperat, vîrsta medie estimîndu-se la 12—13 ani pentru fete şi 14—15 ani pentru băieţi, în momentul de faţă se pare că vîrsta apariţiei pubertăţii tinde să se apropie în diversele regiuni ale globului, factorii climatici şi rasiali avînd o importanţă mai redusă în determinarea acesteia, în comparaţie cu alimentaţia, modul de viaţă, solicitările de ordin sexual venite prin diversele modalităţi de informaţie şi factori sociali, economici, care sînt primordiali [33].

Scanned with OKEN Scanner

Se pare că vîrsta apariţiei pubertăţii tinde să scadă, afectînd contingente de vîrstă mai tinere.

În perioada copilăriei, organismul masculin şi feminin secretă hormoni estrogeni în cantităţi relativ egale. În timpul adolescenţei, hipotalamusul şi hipofiza stimulează procesul de secreţie hormonală, ilustrat printr-o secreţie crescută de androgeni în organismul masculin şi de estrogeni în cel feminin.

Aceşti hormoni acţionează asupra diverselor ţesuturi ale organismului, inclusiv asupra creierului, căruia îi favorizează probabil maturizarea [98].

Modificările hormonale se par a fi corelate cu modificări concomitente ale comportamentului sexual şi afectiv. Marea variabilitate biologică a tipurilor de creştere individuală şi a evoluţiei pubertare pot avea efecte psihologice importante la adolescent, cînd aceste modificări se produc la o dată foarte precoce sau tardivă comparativ cu prietenii sau colegii de clasă.

Un exemplu care ilustrează această variabilitate este faptul că la adolescenţii de sex masculin cu o dezvoltare normală, creşterea testosteronului sanguin, caracteristică instalării pubertăţii, poate apare precoce începînd de la circa 11 1/2 ani sau tardiv abia către 17 1/2 ani [98].

Într-o succesiune cronologică, primele semne prepubertare apar după cum urmează : Între 9—10 ani se observă o creştere şi rotunjire a bazinului cu începerea dezvoltării glandelor mamare în special a mameloanelor. Între 10—12 ani dezvoltarea glandelor mamare continuă, forma sînilor devine conică, totodată începînd să se dezvolte organele genitale interne şi externe. Formaţiile labiale se dezvoltă, se pigmentează, clitorisul poate intra în erecţie, glandele lui Bartholin încep să secrete şi începe, de asemenea, să se dezvolte vaginul. Între 11—12 ani apare pilozitatea vulvară şi pubiană. Între 12—18 ani se observă o creştere continuă a uterului.

Începînd de la 8 ani se constată o creştere a ovarelor care se intensifică între 11—12 ani, devine maximă între 13—15 ani şi se continuă pînă la 19 ani. Între 12—14 ani se observă apariţia pilozităţii axilare şi a primei menstruaţii (menarha), anunţînd începutul pubertăţii.

Ciclurile menstruale la început sînt neregulate, timp de 6—12 luni fiind anovulatorii. După aceea devin regulate şi ovulatorii, la fiecare ciclu eliminîndu-se o celulă germinală, ovulul.

O modificare a vocii se observă, în general, începînd de la vîrsta de 15—16 ani.

La băieţi, semnele prepubertare se succed după cum urmează : între 11—12 ani începe dezvoltarea organelor genitale, creşterea penisului începută pe la 11 ani se intensifică la 14 ani, atingînd maximul la 18—19 ani. Dezvoltarea testiculelor începe la 11—12 ani, se intensifică la 14 ani şi atinge maximul la 17—18 ani. Scrotul se măreşte în suprafaţă cutanată, se pigmentează şi prezintă încreţituri, începînd de la 11 ani.

Între 12—13 ani se observă apariţia pilozităţii pubiene ; între 14—15 ani a pilozităţii axilare, a perilor foarte fini pe buza superioară, precum şi schimbarea vocii. Apariţia pilozităţii la nivelul feţei şi toracelui continuă, de asemenea, între 16 şi 18 ani.

Scanned with OKEN Scanner

În ultimul an, care precede apariţia pubertăţii, se observă o creştere rapidă a înălţimii. Cele mai importante creşteri în înălţime se apreciază a fi între 10—11 ani, pînă la 14 ani la fete şi 12—16 ani la băieţi. Valoarea maximă a înălţimii s-ar putea situa către vîrsta de 18 ani la fete şi 20 ani la băieţi, ulterior survenind închiderea completă a cartilajelor de creştere. Înaintea apariţiei pubertăţii, creşterea înălţimii se datoreşte alungirii membrelor inferioare, iar după apariţia pubertăţii creşterii în lungime a trunchiului.

Creşterea în greutate survine la circa un an după creşterea în lungime. În general, fetele pînă la vîrsta de 13—14 ani depăşesc băieţii de aceeaşi vîrstă în înălţime şi greutate. Acest decalaj scade în perioada de vîrstă între 14—15 ani, pentru ca după 16 ani băieţii să depăşească în înălţime şi greutate fetele de aceeaşi vîrstă.

Pentru apreciierea dezvoltării în înălţime şi greutate a copiilor, adolescenţilor şi adulţilor se utilizează tabele care indică valorile statistice medii ale înălţimii şi greutăţii în funcţie de vîrstă.

La 10—11 ani începe secreţia hormonilor androgeni testiculari, iar la 15—16 ani se constată o creştere a glandelor anexe genitale, în această perioadă apărînd şi prima eliminare a spermei prin ejaculare spontană (ejaculare onirică sau poluţie), care conţine spermatozoizi. Astfel debutează pubertatea propriu-zisă.

MATURIZAREA SEXUALĂ LA FETE

În cursul dezvoltării ontogenetice intervin numeroşi factori care influenţează creşterea organismului. Astfel, în perioada intra-uterină procesul de creştere este favorizat de schimburile placentare şi hormonii placentari, mai ales HCS (somatomamotropina corionică umană). În perioada postnatală controlul procesului de creştere revine hormonilor secretaţi de organismul copilului, o importanţă deosebită avînd hormonii tiroidieni. În perioada prepubertară şi pubertară, rolul cel mai important îl au hormonii estrogeni şi androgeni, secretaţi de corticosuprarenale şi de ovare, care determină accelerarea creşterii scheletului şi stimulează osificarea cartilajelor diafizo-epifizare.

Intervenţia secreţiei glandelor corticosuprarenale în timpul pubertăţii este ilustrată de o dublare a greutăţii glandei la 20 de ani faţă de aceea constatată la vîrsta de 8 ani, creşterea aceasta continuînd lent pînă la circa 25 de ani. Datorită acestor modificări, în perioada prepubertară şi pubertară se observă o creştere a concentraţiei sanguine de androstendion, DHEA şi DHEA-sulfat, precum şi o creştere a eliminărilor urinare de 17 CS rezultaţi din catabolismul acestor hormoni cu menţinerea unor nivele normale sau uşor crescute ale eliminărilor prin urină de 17 OHCS proveniţi din catabolismul glucocorticoizilor. Aceste modificări endocrine

Scanned with OKEN Scanner

s-ar datora acţiunii hormonilor ACTH şi LH secretaţi de hipofiza anterioară. În perioada prepubertară, hormonii androgeni secretaţi de corticosuprarenale produc puseul de creştere prepubertar, închiderea cartilajelor diafizo-epifizare la oasele lungi, apariţia pilozităţii pubiene şi axilare, constituind în acelaşi timp principala sursă de estrogeni, prin conversie periferică. Hormonii estrogeni, în timpul pubertăţii, produşi în special de ovare, favorizează dezvoltarea mamelelor, uterului, vaginului şi organelor genitale externe.

În perioada prepubertară, începînd de la vîrsta de 8 ani şi pînă la 20 de ani, se constată o creştere în greutate a ovarelor de aproximativ 20 de ori, creştere ce se continuă pînă la circa 25 de ani. Acest proces este datorită maturizării parţiale a unui număr mare de foliculi, care pînă la prima menstruaţie rar ajung la maturitate şi la ponta ovulatorie.

Maturizarea completă a foliculilor ovarieni şi ovulaţia cu apariţia ulterioară a corpului galben survine la circa 2 ani după apariţia primei menstruaţii, în perioada iniţială a pubertăţii ciclurile menstruale fiind anovulatorii.

Stimularea secreţiei ovariene şi corticosuprarenalei este favorizată de hormonii FSH şi LH care au fost puşi în evidenţă în sînge, în perioada prepubertară (între 6—8 ani).

Apariţia pubertăţii este produsă de scăderea sensibilităţii mecanismului de feed-back negativ gonadostat-ovare. Reducerea sensibilităţii centrilor hipotalamici la mecanismul de feed-back negativ produs de estradiol duce la stimularea secreţiei de hormon de eliberare a LH (GnRH), care măreşte secreţia de gonadotropine (FSH mai ales) şi prin intermediul acestora se favorizează secreţia de estradiol de către ovar.

Se consideră că modificarea sensibilităţii hipotalamusului la hormonii steroizi sexuali în perioada pubertară este datorită atingerii unui anumit „nivel critic" de dezvoltare a organismului în creştere. Această „greutate corporală critică" ce a fost corelată cu apariţia primei menstruaţii ar fi de circa 47 kg. S-a emis părerea că apariţia mai precoce a menarhei s-ar datora faptului că atingerea „greutăţii medii critice" s-ar produce la o vîrstă mai mică [28].

Hipofiza anterioară (adenohipofiza) între 8—20 de ani îşi dublează greutatea, atingînd-o pe cea din perioada adultă. La apariţia puseului de creştere prepubertară un rol important revine hormonului de creştere (STH) (GH).

Glanda tiroidă, de asemenea, prezintă o mărire a greutăţii de 20 de ori în perioada cuprinsă între 8—20 de ani datorită creşterii secreţiei de hormon tirostimulant (TSH) de către hipofiză.

Pubertatea normală se caracterizează prin succesiunea următoarelor modificări : dezvoltarea mamelelor (telarha), urmată de apariţia pilozităţii pubiene (pubarha) şi apoi de apariţia primei menstruaţii (menarha).

Sub acţiunea hormonilor estrogeni dezvoltarea mamelelor, caracterizată prin cinci stadii (MARSHALL, W. A. ; TANNER, J. M., 1969), se întinde pe o perioadă de circa patru ani, fiind necesar un timp de 0,5—0,9

Scanned with OKEN Scanner

ani pentru fiecare stadiu I—IV, cu excepția trecerii la stadiul V cînd durata este foarte variabilă.

În mod obișnuit, dezvoltarea mamelelor este urmată sub acțiunea hormonilor androgeni de apariția pilozității pubiene, care se întinde pe o perioadă de circa trei ani, mai întîi pe marginile libere ale labiilor mari, în final dispoziția pilozității amintind pe aceea a unui triunghi isoscel cu vîrful în jos și baza pe marginea superioară a pubisului în regiunea muntelui lui Venus.

Modificările din partea organelor genitale datorită secreției de estrogeni constau în dezvoltarea labiilor mari care acoperă deschiderea vulvei, dezvoltarea clitorisului și a glandelor lui Bartholin, a uterului și a trompelor, anatomo-funcțional aceste organe apropiindu-se de aspectul întîlnit la femeia adultă.

Prima menstruație, ilustrînd maturarea foliculilor ovarieni apare la circa doi ani de la puseul de creștere staturală în perioada prepubertară.

În primele luni sau ani după menarhă, ciclurile menstruale sînt anovulatorii, datorită faptului că sistemul de feed-back pozitiv care produce o creștere preovulatorie a LH se maturizează mai tîrziu după apariția pubertății, ca dealtfel și hipotalamusul din cadrul gonadostatului. Fiind anovulatorii, ciclurile menstruale se produc la intervale neregulate, iar curba termică bazală este monofazică fără modificările ce caracterizează momentul ovulației.

După menarhă, frecvența ciclurilor neregulate scade progresiv. Dacă în anul de apariție a menarhei frecvența lor se apreciază la 45%, după 4 ani ajunge la 20%, ilustrînd timpul îndelungat de maturizare a gonadostatului. Tot datorită disfuncțiilor endocrine se observă în această perioadă dismenorei și hemoragii uterine disfuncționale. Se consideră că la sfîrșitul perioadei pubertare, femeia este matură pentru reproducere din punct de vedere morfofuncțional.

Cei mai importanți indicatori ai gradului de maturizare sexuală la fete sînt reprezentați de prima menstruație și de stadiul de evoluție al caracterelor sexuale secundare. Trebuie reținut faptul că luat izolat fiecare din acești indicatori nu ilustrează completa maturizare sexuală. Se cunosc cazuri de apariție precoce a menstruației la fete care prezentau o incompletă dezvoltare a caracterelor sexuale secundare. De asemenea se citează cazuri de fete în vîrstă de 15—16 ani care prezentau o dezvoltare completă a caracterelor sexuale secundare, în absența însă a ciclului menstrual și a unor tulburări legate de acesta.

Rezultatele unor cercetări efectuate în țara noastră (M. Cristescu, 1969) au arătat următoarele valori privind vîrsta apariției primei menstruații: în mediul urban 13,26 (±0,01) ani, în mediul rural: 14,25 (±0,01) ani.

Aceste date medii evidențiază că în mediul urban pubertatea se instalează în medie cu un an mai devreme decît în mediul rural.

Autoarea citată remarcă o perfectă corespondență între precocitatea apariției pubertății la fete și gradul de urbanizare al localităților în care acestea locuiau.

Scanned with OKEN Scanner

CARACTERELE SEXUALE SECUNDARE LA FETE

Apariţia primei menstruaţii este considerată ca fenomenul cel mai important al procesului de maturizare. Urmărirea evoluţiei caracterelor sexuale secundare permite însă o apreciere mai îndeaproape a etapelor acestui proces de maturizare sexuală.

Urmărirea gradului de dezvoltare, a caracterelor sexuale secundare reprezintă şi un criteriu de mai bună apreciere a vîrstei fiziologice, cu importanţă deosebită pentru urmărirea dezvoltării copilului în perioada peripubertară.

Pentru aprecierea caracterelor sexuale s-au utilizat numeroase criterii din care menţionăm următoarele (V. V. Bunak, 1941) [21] :

I. **Dezvoltarea sînilor**

Gr. 1. Aceştia prezintă o morfologie infantilă cu proeminenţa numai a mamelonului.

Gr. 2. Sînii încep să proemineze, iar areola mai dezvoltată formează cu mamelonul un con aproape continuu.

Gr. 3. Se constată o proeminenţă a sînilor pe o suprafaţă mai mare, iar areola extinsă formează cu mamelonul o suprafaţă conică neîntreruptă.

Gr. 4. Sînii sînt bine dezvoltaţi, iar mamelonul este bine delimitat de areolă.

II. **Dezvoltarea pilozităţii pubiene**

Gr. 1. Absenţa părului sau prezenţa unei uşoare pilozităţi sub formă de puf.

Gr. 2. Prezenţa unor peri izolaţi, neîncreţiţi, în regiunea labiilor mari.

Gr. 3. Prezenţa unor peri uşor ondulaţi, mai lungi, fără însă ca pilozitatea să formeze un triunghi complet.

Gr. 4. Prezenţa unor peri intens încreţiţi, pilozitatea formînd un triunghi complet, a cărui latură superioară este orizontală.

III. **Dezvoltarea pilozităţii axilare**

Gr. 1. Absenţa perilor.

Gr. 2. Prezenţa unor peri formînd o zonă piloasă rară.

Gr. 3. Prezenţa unor peri uşor ondulaţi, iar pliul axilar anterior nepigmentat.

Gr. 4. Prezenţa unor peri bine ondulaţi formînd o zonă piloasă densă, iar pliul axilar anterior fiind pigmentat.

Pentru aprecierea dezvoltării sexuale la fete J. M. Tanner, 1962 a propus următoarele stadii [119].

Std. I. Prepubertatea : organele genitale interne şi externe au aproape aceeaşi formă şi mărime ca în perioada copilăriei.

Std. II. Începutul dezvoltării mamare îndeosebi a mameloanelor ; apare pilozitatea pubiană şi axilară şi se dezvoltă labiile mici şi mari.

Scanned with OKEN Scanner

Std. III. Continuarea dezvoltării glandelor mamare, lărgirea areolelor și apariția tuberculilor lui Montgomery ; continuarea dezvoltării formațiilor labiale.

Std. IV. Glandele mamare și organele genitale externe au atins o dezvoltare normală.

Std. V. Apariția ciclului menstrual.

Rezultatele cercetărilor efectuate în țara noastră (M. Cristescu, 1969) au dus la următoarele concluzii :

1. În medie, sînii reprezintă primul caracter sexual secundar care se dezvoltă, fiind urmați în ordine de dezvoltarea pilozității pubiene și dezvoltarea pilozității axilare.

2. La fetele pubere, în medie la aceeași clasă de vîrstă, se constată o dezvoltare a caracterelor sexuale secundare mai accentuată decît la cele la care nu a apărut încă prima menstruație.

3. Fetele din mediul urban prezintă o dezvoltare mai accentuată a caracterelor sexuale secundare decît cele din mediul rural, comparația făcîndu-se la aceeași clasă de vîrstă.

Apariția primei menstruații a fost corelată cu dezvoltarea sînilor de gradul III (V. V. Bunak, 1941) sau a celor de gradul IV (J. M. Tanner, 1955).

S-a apreciat că prima menstruație ar apare în medie concomitent cu stadiul final de dezvoltare a mamelelor, dezvoltarea definitivă a pilozității pubiene făcîndu-se mai tîrziu decît apariția primei menstruații, iar pilozitatea axilară și mai tîrziu (W. Fiebig, [21]).

Rezultatele diverselor cercetări arată că dezvoltarea completă a caracterelor sexuale secundare survine după apariția primei menstruații, mult mai tîrziu (W. Zeller, 1936 ; W. Binder, 1959).

Cercetările efectuate în țara noastră au scos în evidență faptul că în mediul urban unde apariția pubertății este în general mai precoce, momentul apariției primei menstruații corespunde unei dezvoltări mai reduse a caracterelor sexuale secundare decît în mediul rural [21].

În mediul urban se constată că dezvoltarea caracterelor sexuale secundare prezintă o evoluție mai puțin accelerată decît a declanșării primei menstruații.

În dezvoltarea caracterelor sexuale secundare există diferențe în privința rapidității evoluției, sînii prezentînd dezvoltarea cea mai accelerată comparativ cu pilozitatea pubiană și axilară [21].

Astfel, fetele la care ciclul menstrual a apărut la vîrsta de 11—12 ani prezintă în general o dezvoltare mai puțin accentuată a caracterelor sexuale secundare, comparativ cu fetele care au avut prima menstruație la 15—16 ani.

S-a constatat, de asemenea, o diferență între mediul urban, în care numărul fetelor cu pubertate precoce era mai mare și mediul rural în care numărul fetelor cu o pubertate tardivă era mai crescută.

Astfel, în mediul urban 62% din fete au prezentat în momentul apariției primei menstruații o dezvoltare a sînilor de gradul IV, iar 33,33% de gradul III, în timp ce, în mediul rural prima menstruație a coincis cu dezvoltarea sînilor de gradul III la 42,1% din fetele investigate, iar de

Scanned with OKEN Scanner

gradul IV la 50%. Aceste diferenţe dintre cele două medii urban şi rural erau şi mai evidente în cazul dezvoltării pilozităţii pubiene.

Un studiu statistic asupra vîrstei la care apare prima menstruaţie sau menarha, efectuat în 1933 la Cluj-Napoca pe baza datelor din 9 000 de foi de observaţie, arăta că vîrsta medie se situa la 14 ani şi 6 luni. În 1957 o anchetă efectuată la populaţia şcolară din Cluj-Napoca găseşte că vîrsta medie pentru apariţia primei menstruaţii era de 12 ani şi 8 luni. Un alt studiu efectuat în 1969 tot la Cluj-Napoca constată că vîrsta medie la care apărea menarha era de 12 ani şi 4 luni [23]. În cadrul acestui studiu din anul 1969 s-a constatat că vîrsta medie a menarhei la fetiţe era cu circa 18 luni mai scăzută decît cea a mamelor lor pentru indiferent ce mediu geografic studiat : urban, suburban, rural-podiş, rural-cîmpie [23].

Se menţionează, de asemenea, în acest studiu o dominanţă bianuală a apariţiei primei menstruaţii, fie în lunile ianuarie—februarie, fie în lunile iunie—iulie, observabile mai net în mediul rural decît în cel urban [23].

În ceea ce priveşte apariţia pubertăţii la băieţi, rezultatele obţinute arată aceeaşi tendinţă de coborîre a vîrstei biologice la care apare acest fenomen.

Se apreciază în acest studiu că vîrsta pubertăţii a coborît în ultima jumătate de veac cu aproximativ 6 luni pe deceniu [23].

Existenţa acestei variabilităţi în evoluţia procesului de maturizare sexuală atestă activităţi hormonale diferite în cazul pubertăţii precoce şi tardive. În cazul apariţiei precoce a primei menstruaţii, perioada care separă momentul producerii acesteia de realizarea completă a maturităţii sexuale este mai îndelungată decît atunci cînd prima menstruaţie apare tardiv. S-a emis ipoteza că în primul caz ciclurile anovulatorii sînt mult mai numeroase decît în cazul al doilea [21].

MATURIZAREA SEXUALĂ LA BĂIEŢI

Pubertatea la băieţi se caracterizează prin numeroase modificări somato-psihice, care în final asigură fostului copil, devenit bărbat, capacitatea de fertilitate. Aceste modificări evoluează într-o perioadă de circa cinci ani, apariţia lor fiind cu aproximativ doi ani mai tîrziu decît la fete.

În cadrul acestor modificări se citează puseul de creştere cu maturizarea scheletului şi închiderea cartilajelor epifizare şi dezvoltarea caracterelor sexuale secundare. Se apreciază că dezvoltarea osoasă este condiţionată mai mult de perioada pubertară decît de vîrsta cronologică sau creşterea corpului.

Se observă în această perioadă o creştere importantă în lungime a membrelor superioare şi inferioare faţă de trunchi, precum şi o creştere a dimensiunilor mîinilor şi picioarelor.

Primul caracter sexual secundar care apare la pubertate este creşterea în volum a testiculelor şi apariţia de spermatozoizi maturi, urmată apoi de apariţia părului pubian, creşterea dimensiunilor penisului şi mo-

Scanned with OKEN Scanner

dificări ale suprafeţei cutanate a scrotului. Ulterior se dezvoltă părul axilar şi facial, iar mai tîrziu se constată îngroşarea vocii. Uneori survine creşterea uşoară a mamelelor, devenind dureroase, ilustrînd aşa-numita ginecomastie pubertară, care, în mod normal, este trecătoare.

În perioada ce precede apariţia caracterelor sexuale secundare se constată o creştere a hormonilor gonadotropi şi a steroizilor plasmatici. De asemenea are loc o creştere semnificativă aFSHşi LH, precum şi a 17 CS urinari datorită mai ales secreţiei crescute de androgeni de către suprarenale. Concentraţia testosteronului plasmatic este similară cu cea a adultului, iar concentraţia hormonilor estrogeni creşte de la începutul pînă la sfîrşitul perioadei pubertare.

Pe măsura creşterii suprafeţei corporale se observă o creştere a secreţiei de cortizol şi aldosteron.

În legătură cu modificările neuro-endocrine care declanşează apariţia pubertăţii s-a emis ipoteza că în perioada prepubertară hormonul de eliberare a gonadotropinelor (GnRH şi LRH), hormonii gonadotropi şi steroizii sexuali sînt în interacţiune la concentraţii scăzute în cazul unui mecanism de feed-back negativ crescut. Apariţia pubertăţii coincide cu o scădere a sensibilităţii hipotalamusului la feed-back negativ, concentraţia scăzută a steroizilor sexuali, nemaiputînd opri secreţia de FSH şi LH. În aceste condiţii creşte secreţia de GnRH, FSH şi LH şi implicit stimularea gonadelor. Se consideră că modificările care produc apariţia pubertăţii sînt datorate unei maturizări somatice generale şi a sistemului nervos central şi, în special, a hipotalamuslui, cu participarea foarte probabilă a sistemului limbic şi a glandei pineale.

În perioada postpubertară are loc o desăvîrşire a caracterelor somato-psihice şi maturizarea sexuală care se încheie între 16—20 ani.

Momentul apariţiei fertilităţii ilustrat de producerea de spermatozoizi maturi este dificil de precizat, deşi ejaculările onirice apar la începutul pubertăţii, spermatozoizii maturi se produc după cîţiva ani de la declanşarea acesteia. În această perioadă, ritmul creşterii în înălţime scade treptat pînă la încetarea acesteia.

Pentru stabilirea maturităţii la băieţi nu avem un indicator susceptibil de determinări precise aşa cum este la fete apariţia primei menstruaţii. Din aceste motive în majoritatea studiilor se analizează gradul de dezvoltare a caracterelor sexuale secundare, care sînt corelate cu pubertatea.

Trebuie menţionat însă că ritmul de dezvoltare al acestor caractere sexuale, ca, de exemplu, pilozitatea variază foarte mult şi nu reflectă întotdeauna în mod precis ritmul de maturizare sexuală.

Din aceste motive s-a luat drept criteriu de apreciere a maturităţii sexuale stadiul de dezvoltare a organelor genitale (V. V. Bunak, 1941, J. M. Tanner, 1955).

Pentru aprecierea dezvoltării sexuale pubertare la băieţi, M. Tanner 1962 a propus următoarele stadii [119] :

Std. I. Starea pubertară : testiculele, scrotul şi penisul prezintă aproape aceeaşi mărime şi formă ca în copilărie.

Std. II. Starea pubertară : o uşoară creştere de volum a scrotului şi testiculelor şi o mărire a penisului.

Scanned with OKEN Scanner

Std. III. Creşterea netă în volum a testiculelor şi a lungimii penisului ; creşterea pilozităţii pubiene şi începutul apariţiei pilozităţii axilare şi faciale.

Std. IV. Continuarea creşterii în lungime şi grosime a penisului, precum şi a testiculelor şi scrotului ; dezvoltarea pilozităţii pubiene, faciale şi axilare.

Std. V. Organele genitale au ajuns la maturitatea sexuală masculină adultă atît în ceea ce priveşte forma şi mărimea acestora.

Cercetări efectuate în ţara noastră [21] au arătat că în mediul urban pubertatea apărea mai precoce decît în mediul rural.

Calculul vîrstei medii pubertare în mediul urban a indicat valori de 15 ani şi 4 luni, în timp ce pentru mediul rural valoarea a fost mai crescută, adică 16 ani şi 3 luni.

Ritmul de maturizare sexuală la băieţi este puternic influenţat de factorul „urbanizare" ; frecvenţa procentuală a băieţilor maturi sexuali fiind semnificativ mai crescută în mediul urban faţă de cel rural. Ar fi de menţionat că, chiar în oraşele mari, prezenţa băieţilor maturi sexuali la vîrsta de 12 ani este excepţională. Diferenţa în ritmul realizării maturităţii sexuale în mediul rural şi urban se accentuează progresiv începînd cu vîrsta de 13 ani cînd atinge valoarea de 4,35%.

La vîrsta de 14 ani această diferenţă dintre băieţii maturi sexuali din mediul urban şi rural ajunge la 17,79% ; la vîrsta de 15 ani la 26,41%, iar la 16 ani atinge 29,78%. După această vîrstă diferenţele încep să se atenueze, ajungînd la numai 15,1% la vîrsta de 17 ani.

În raport cu stadiul de dezvoltare al organelor genitale la fiecare clasă de vîrstă se constată că diferenţele dintre mediul urban şi rural se menţin la nivelul tuturor stadiilor.

Se consideră că întîrzierea maturizării sexuale în mediul rural are loc de-a lungul întregii evoluţii a acestui fenomen, iar nicidecum printr-o stopare sau diminuare semnificativă într-un anumit stadiu de dezvoltare.

EVOLUŢIA CARACTERELOR SEXUALE SECUNDARE LA BĂIEŢI

În general, apariţia caracterelor sexuale secundare survine după începutul dezvoltării testiculelor. Uneori apariţia pilozităţii pubiene se produce simultan cu începutul dezvoltării organelor genitale. Cercetări efectuate în ţara noastră [21] au arătat că dacă începutul evoluţiei organelor genitale şi pilozităţii pubiene se întîlnesc uneori chiar de la vîrsta de 11 ani, evoluţia pilozităţii axilare începe numai de la 13 ani, iar a celei faciale la 14 ani. Această succesiune în dezvoltarea caracterelor sexuale secundare se menţine de-a lungul evoluţiei acestora, exceptînd pilozitatea pubiană, care, deşi în majoritatea cazurilor şi-a început dezvoltarea mai tîrziu decît organele genitale, în unele cazuri ajungea la dezvoltarea finală înainte de maturizarea organelor genitale.

Scanned with OKEN Scanner

În general, atît în mediul urban cît şi în mediul rural dezvoltarea pilozităţii pubiene apărea aproape fără excepţie după începerea dezvoltării testiculelor.

Maturizarea organelor genitale, atît în mediul urban cît şi în cel rural corespundea aproape întotdeauna cu o dezvoltare completă a pilozităţii pubiene. S-a observat că pilozitatea axilară apărea după începutul dezvoltării testiculelor. În general, există o diferenţă semnificativă între ritmul de dezvoltare al caracterelor sexuale secundare şi ritmul de dezvoltare a organelor genitale. Aceeaşi diferenţă s-a constatat şi între ritmul de dezvoltare a diferitelor caractere sexuale secundare în parte, pilozitatea pubiană, axilară şi facială.

Atît în mediul rural cît şi în urban s-a observat o întîrziere a maturităţii sexuale la băieţi comparativ cu fetele, diferenţa dintre vîrsta medie puberală la fete şi băieţi fiind de 2 ani şi o lună [21].

FACTORII CE POT INFLUENŢA RITMUL MATURIZĂRII SEXUALE

Ereditatea. Are un rol important în ritmul maturizării sexuale, în corelaţie însă cu factorii de mediu care determină în limitele variabilităţii ereditare maturizări mai precoce sau mai tardive, în funcţie de acţiunea favorabilă sau defavorabilă a acestor factori de ambianţă.

Tipul antropologic. Rezultatele unor cercetări făcute în ţara noastră au arătat, în raport cu pigmentarea părului, că la blonde şi brune vîrstele medii puberale erau practic egale, în timp ce la fetele cu părul şaten se constată o diferenţă medie de aproape o lună şi jumătate.

Corelarea cu pigmentaţia irisului a pus în evidenţă o vîrstă medie puberală mai precoce, la fetele cu ochii albaştri sau verzi diferenţa fiind de o lună faţă de cele cu ochii căprui şi de două luni faţă de cele cu ochii negri.

Diferenţele acestea între mediile puberale la grupele de fete menţionate au fost foarte reduse, putînd fi anihilate de către intervenţia factorilor de mediu [21].

Urbanizarea. Rolul urbanizării în accelerarea procesului de maturizare sexuală este ilustrat de constatarea unor diferenţe în apariţia pubertăţii în cadrul aceleiaşi zone geografice între mediul urban şi cel rural, care la fete avea valoarea medie de 1 an şi 4 luni, iar la băieţi de 1 an şi 6 luni [21].

Pentru explicarea acestei apariţii mai precoce a pubertăţii în mediul urban s-au emis numeroase ipoteze, implicînd factori foarte diverşi, ca de exemplu : factori genetici şi factori ce ţin de mediul înconjurător, diferit în urban şi rural.

În cadrul acestei ipoteze, privind influenţa mediului înconjurător, s-a acordat importanţă exclusivă sau parţială unor factori foarte diferiţi, cum

Scanned with OKEN Scanner

sînt : — Alimentaţia mai diversificată, calitativ superioară şi pregătită în condiţii de mai bună respectare a normelor de igienă în mediul urban ; — Solicitarea neuropsihică mai intensă a copiilor din centrele populate urbane ; — Prezenţa iluminatului artificial electric mai răspîndit în mediul urban ; — Posibilităţile de informare mai precoce asupra aspectelor vieţii sexuale în oraşe, prin intermediul cinematografiei, televiziunii, presei etc. ; — Prezenţa unor condiţii igienico-sanitare mai favorabile în mediul urban faţă de cel rural.

Condiţiile geografice. În condiţiile geografice ale ţării noastre, urmărirea apariţiei primei menstruaţii în raport cu altitudinea nu a pus în evidenţă o întîrziere în apariţia pubertăţii la fetele din zonele geografice cu o altitudine pînă la 1 000 m, aspect explicat prin standardul de viaţă ridicat al satelor din zonele în care s-au făcut cercetările.

De asemenea, studiile efectuate în unele sate de pe litoral nu au pus în evidenţă o apariţie mai precoce a pubertăţii datorită caracteristicelor climatului marin, aşa cum susţin unii autori străini. [21].

Variaţiile sezoniere. Cu toate că există o mare variabilitate sezonieră în apariţia primei menstruaţii, datele din literatură menţionează o mai crescută frecvenţă a acesteia în cursul lunilor ianuarie şi august [21].

Este foarte probabil că acest fenomen să fie favorizat de acţiunea factorilor biotropi asupra funcţionării sistemelor neuroendocrine, responsabile de declanşarea ciclului menstrual.

INTENSIFICAREA PROCESELOR DE DEZVOLTARE A COPIILOR ŞI TINERILOR (FENOMENUL DE „ACCELERAŢIE" SAU „SECULAR TREND")

Primele observaţii asupra intensificării progresive a creşterii şi dezvoltării fizice a copiilor au fost publicate în 1876 de Ch. Roberts. Termenul de „accelerație" a fost introdus în literatură de E. W. Kick — 1953. Ulterior, pentru denumirea fenomenului, a început să se utilizeze noţiunea de „secular trend" (tendinţa seculară), în sfera căreia se cuprind toate modificările microevolutive caracteristice ontogenezei umane.

Ele sînt ilustrate prin următoarele aspecte mai importante în comparaţie cu cele constatate în secolul trecut : o creştere a valorilor medii ale lungimii şi greutăţii la noul născut, apariţia mai devreme a încrucişării curbei circumferinţei capului cu cea a toracelui la sugari, erupţia la o vîrstă mai mică a dentiţiei de lapte şi definitive, valorile medii ale dimensiunilor corpului mai mari la copii şi adolescenţi, apariţia mai precoce a pubertăţii, stoparea procesului de creştere mai devreme, însă dimensiunile definitive ale corpului la adulţi sînt mai mari, prelungirea vieţii sexuale printr-o apariţie mai precoce a pubertăţii şi mai tardive a climacteriului, creşterea longevităţii etc.

Pe baza datelor din literatură, fenomenul de „accelerație" sau „secular trend" se întîlneşte în aproape toate ţările lumii, indiferent de poziţia

Scanned with OKEN Scanner

geografică, condițiile climatice, compoziția etnică a populației, atît în mediul urban cît și în cel rural, interesînd în diverse grade toate păturile sociale.

Cercetări efectuate în țara noastră [21] privind accelerarea maturizării sexuale au arătat că de la sfîrșitul secolului XIX și pînă în perioada 1964—1965 s-a constatat o accelerare a maturizării sexuale în medie cu doi ani. Astfel, pentru femeile născute între 1890—1910, vîrsta medie puberală a fost de 16 ani și 6 luni, pentru cele născute între 1911—1930 de 16 ani și 3 luni, iar pentru cele născute între anii 1941—1948 de 15 ani și 10 luni.

Pentru fetele examinate în anul 1965, avînd o vîrstă între 11—17 ani, vîrsta medie puberală a fost de 14 ani și 6 luni. Aceste date evidențiază faptul că fenomenul de accelerare a avut un ritm lent în primele decenii ale secolului XX, pentru ca în ultimele decenii acest ritm să fie mult mai rapid. Menționăm că aceste date au fost obținute la populația provenită din sate situate la peste 1 000 m altitudine, unde pubertatea, deși se menține la o valoare relativ tardivă, fenomenul de accelerație este, de asemenea, prezent [21].

Acest fenomen de accelerare a maturizării sexuale s-a intensificat foarte mult în ultimele decenii, aspect ilustrat de faptul că investigații făcute la fete, originare din București, Iași, Constanța, născute între anii 1944—1947, au arătat o vîrstă medie puberală de 13 ani și 3 luni, în timp ce la fetele născute între 1948—1952 au arătat o vîrstă medie puberală de 12 ani și 10 luni.

Fenomenul de accelerare a maturizării sexuale la fete a fost pus în evidență și în mediul rural, fetele născute în perioada 1944—1948 în unele comune din județul Ilfov, Iași, Constanța au avut o vîrstă medie puberală de 14 ani și 4 luni, iar cele născute după 1949 o vîrstă medie puberală de 14 ani.

Rezultatele obținute în centrele populate urbane București, Brașov, Iași, Constanța au arătat pe o perioadă relativ scurtă, de 5 ani, o accelerare a maturizării sexuale în medie cu 5 luni, iar în mediul rural în județele Ilfov, Iași, Constanța, în medie cu 4 luni [21].

Scanned with OKEN Scanner

ADOLESCENŢA

Cuvîntul adolescenţă, etimologic, derivă de la „adolescere", în limba latină, a creşte, ilustrînd astfel procesul de creştere în înălţime care se încheie la sfîrşitul adolescenţei. Perioada adolescenţei joacă un rol extrem de important în însuşirea anumitor modalităţi de comportament şi a unor deprinderi susceptibile de a avea o influenţă deosebită asupra stării de sănătate.

În procesul de integrare în viaţa adultă, adolescenţii pot fi uşor ajutaţi prin sfaturile celor mai în vîrstă, asupra problemelor vitale privind biologia umană, sănătatea, boala şi comportamentul adaptiv la mediul social în care trăiesc şi muncesc, în vederea unei integrări armonioase în colectivitatea umană din care fac parte. Diversele definiţii care s-au dat adolescenţei, atît în ceea ce priveşte perioadele de vîrstă, cît şi modificările fiziologice şi psihologice ce o caracterizează, variază în funcţie de obiectivele pe care au căutat să le atingă.

O definiţie pur biologică a adolescenţei care ar considera începutul acestei perioade, odată cu apariţia pubertăţii şi sfîrşitul acesteia cînd capacitatea de reproducere este efectiv posibilă, nu ar ţine seamă de influenţa factorilor sociali, care au o importanţă practică incontestabilă. În cele mai multe colectivităţi umane, începutul adolescenţei corespunde cu apariţia pubertăţii, însă există diferenţe importante de la o colectivitate la alta în ceea ce priveşte sfîrşitul adolescenţei [98].

Într-o definiţie foarte largă, adolescenţa este o perioadă de trecere foarte lentă de la copilărie la vîrsta adultă [98].

În cazul ţărilor industrializate, pe măsură ce criteriile de maturitate intelectuală, de pregătire profesională, devin din ce în ce mai exigente, perioada adolescenţei, în care tînărul se instruieşte pentru a-şi asigura o pregătire profesională, se prelungeşte în mod progresiv.

Faţă de această situaţie, din punct de vedere fiziologic se observă o tendinţă cu totul diferită.

Scanned with OKEN Scanner

Ameliorarea stării de nutriție, a stării de sănătate, a igienei mediului ambiant etc., a dus în numeroase țări dezvoltate la apariția mai devreme a menstruației, a favorizat creșterea în înălțime și greutate și apariția precoce a caracterelor sexuale secundare. Asistăm astfel la un aspect foarte interesant și anume, o maturizare mai avansată din punct de vedere fiziologic și anatomic comparativ cu maturitatea legată de imperative sociale și economice.

Pe baza acestei evoluții divergente, adolescența a fost definită ca o perioadă în cursul căreia :

1) individul trece din stadiul caracterizat prin apariția caracterelor sexuale secundare la acel de maturitate sexuală ;

2) procesele psihologice și mecanismele de identificare încetează de a fi acelea ale unui copil pentru a deveni cele ale unui adult ;

3) trecerea de la starea de dependență social-economică totală la starea de independență relativă [97].

Această definiție arată destul de clar că nu se pot acorda adolescenței limite de vîrstă precise, fiind vorba de o clasificare socială cu componente și incidențe variabile în funcție de zonele geografice luate în studiu. Cu toate acestea, se poate spune, în mod bineînțeles aproximativ, că adolescența se situează între al 10-lea și al 20-lea an de vîrstă biologică (O.M.S.). În timpul acestei perioade se desfășoară fenomenele citate anterior, cu toate că în diversele colectivități umane sînt mari diferențe în evoluția acestor fenomene.

DEZVOLTAREA SOMATO-PSIHICĂ A ADOLESCENȚILOR ȘI PRINCIPALELE IMPLICAȚII MEDICO-SANITARE

a) **Dezvoltarea somatică a adolescenților.** În cursul procesului de creștere, în jurul vîrstei de 15 ani pentru fete și circa 17 ani pentru băieți se observă mai pronunțat apariția dimorfismului sexual.

Astfel, la băieți se constată o predominanță a diametrului bihumeral față de cel bitrohanterian, în timp ce la fete raportul este invers, predominînd ultimul.

Aceste diferențe, în privința dimensiunilor bazinului, fac ca genunchii fetelor să fie mai apropiați decît cei ai băieților, spațiul între coapse fiind foarte redus sau absent la fete și prezent la băieți.

Pînă la vîrsta de 14—15 ani repartiția țesutului lipidic este aproape similară la cele două sexe. Ulterior se constată la fete predominanța depunerilor de țesut adipos spre partea inferioară a trunchiului și partea superioară a membrelor inferioare (abdomen, șolduri, fese, coapse). La băieți se observă o mai intensă dezvoltare a musculaturii, cu tendința depunerilor de țesut adipos, mai ales în jumătatea superioară a trunchiului.

Scanned with OKEN Scanner

Aceste modificări ale biotipului, care se constată în perioadele de creştere schimbă diferitele rapoarte ale dimensiunilor corporale (lungimea membrelor inferioare şi a trunchiului, dimensiunile cutiei craniene şi ale feţei etc.), evidenţiate prin măsurători biometrice şi ilustrate prin calcularea valorilor a diferiţi indici.

Studiul variaţiilor individuale ale acestor indici prezintă o importanţă practică pentru o amenajare ergonomică a mobilierului şcolar, a locurilor de muncă, atît în ateliere-şcoală pentru elevi şi studenţi cît şi în diferitele sectoare de producţie, favorizîndu-se o dezvoltare armonioasă a organismului cu importante implicaţii în domeniul igienei sexuale.

Dezvoltarea scheletului se caracterizează prin coexistenţa unor procese de creştere şi de maturizare a acestuia, ilustrată prin calcificarea nucleelor de osificare care este terminată la începutul pubertăţii şi închiderea liniilor de osificare epifizare care se va face după apariţia pubertăţii, sfîrşitul acestui proces marcînd încheierea creşterii în înălţime a organismului.

În general, procesul de osificare se consideră terminat la vîrsta de 16 ani la fete şi la 19 ani la băieţi. Chiar şi după această vîrstă, pe la 19—20 ani, se pot observa încă urme ale vechilor cartilaje de conjugare şi persistenţa unor zone de osificare la nivelul coloanei vertebrale.

În perioada prepubertară, cînd procesele de creştere ale scheletului sînt intense, dar şi la începutul perioadei de adolescenţă, apar aşa-numitele „dureri de creştere", localizate mai frecvent în apropierea articulaţiilor — mai ales a genunchiului — al căror mecanism de producere este încă insuficient cunoscut. În cazul „durerilor de creştere", simptomele dispar în general prin repaus, revenirea la normal făcîndu-se fără sechele.

Pentru realizarea mişcărilor diferitelor componente ale scheletului prin intermediul contracţiilor musculare este necesară o bună funcţionare a suprafeţelor articulare şi ligamentelor.

Totodată există şi o dependenţă inversă, rezistenţa ţesutului conjunctiv şi dezvoltarea normală a acestuia, chiar calcificarea osoasă într-o oarecare măsură, precum şi metabolismul şi nutriţia ţesutului cartilaginos sînt în funcţie de mişcările efectuate în articulaţie şi de forţele mecanice care în mod obişnuit acţionează asupra lor.

Din aceste motive mişcarea şi exerciţiile de cultură fizică constituie factori de o importanţă deosebită pentru creşterea şi dezvoltarea acestor ţesuturi.

În perioada adolescenţei se observă o dezvoltare importantă a musculaturii, condiţionată de numeroşi factori : genetici, alimentaţie, practicarea culturii fizice şi sportului etc.

Cu toate variaţiile mari individuale, forţa musculară creşte cu vîrsta începînd din perioada copilăriei, atingînd o valoare maximă între 20—30 ani în funcţie de diversele grupe musculare.

Forţa musculară măsurată cu dinamometrul, la băieţi, devine de peste 2 ori mai mare între 12—18 ani. Această creştere este mai rapidă la băieţi decît la fete, decalajul accentuîndu-se în perioada pubertăţii.

La fete în jurul vîrstei de 18 ani forţa musculară reprezintă în medie doar 60—65% din cea a băieţilor de aceeaşi vîrstă.

Scanned with OKEN Scanner

Musculatura membrelor inferioare este cea care se dezvoltă prima.

La băieţi între 14—18 ani forţa de prehensiune a mîinii creşte de două ori, atingînd o valoare maximă în jurul vîrstei de 20 ani.

Notîndu-se cu 100% forţa musculară a unui bărbat tînăr de 25 de ani, s-a descris următoarea evoluţie a forţei musculare în raport cu diferitele vîrste [33] :

— 40% pentru băieţi şi fete la vîrsta de 10 ani ;

— 60% pentru băieţi şi 50% pentru fete la vîrsta de 14 ani ;

— 90% pentru adolescenţi şi 60% pentru adolescente la vîrsta de 18 ani.

Rezistenţa faţă de oboseală a grupelor musculare solicitate în cursul unei anumite activităţi se poate îmbunătăţi prin practicarea zilnică a unor exerciţii fizice corect alese.

Eficacitatea acestui antrenament este mai crescută la adolescenţi decît la adulţi. Se apreciază că pentru obţinerea unei rezistenţe musculare crescute la efort, perioada cea mai favorabilă este între 12—15 ani. În grupele musculare antrenate apar modificări de vascularizare cu o creştere a debitului sanguin la nivelul ţesutului muscular.

Evoluţia procesului de creştere şi activitatea fizică pe care o depune organismul copilului şi adolescentului favorizează dezvoltarea inimii, care între vîrsta de 11—16 ani are un volum aproape dublu decît în perioada anterioară.

Între 11—16 ani se constată o intensificare a activităţii cardiace cu o creştere a posibilităţilor de adaptare la efort, valoarea maximă a ritmului cardiac în timpul efortului fiind mult mai crescută decît la adulţi.

Comparativ cu modificările întîlnite la adult, în condiţii similare de efort în perioada de vîrstă menţionată, se constată o creştere a frecvenţei cardiace, pentru a compensa un debit sistolic mai scăzut la adolescent şi a asigura o creştere a debitului sanguin şi implicit a oxigenului la nivelul diferitelor ţesuturi şi organe.

Astfel, în cazul unei munci fizice similare, la adult se observă o creştere a ritmului cardiac cu trei bătăi pe minut în timp ce la un copil de 14 ani se ajunge la 7—8 bătăi pe minut [33].

Se poate spune că adolescentul în condiţii similare de efort are o activitate cardiacă mai puţin economică decît adultul. Atît la băieţi cît şi la fete se observă o scădere a valorii medii a frecvenţei pulsului, pe măsură ce aceştia înaintează în vîrstă.

La adolescenţi activitatea cardiacă se modifică rapid şi intens atît la excitanţii fiziologici cît şi la cei psihologici. Un rol important revine hiperexcitabilităţii şi labilităţii sistemului nervos simpatic frecvent întîlnite la această vîrstă.

Presiunea arterială la adolescenţi are o valoare medie mai scăzută decît la adulţi. La vîrsta de 13—14 ani valoarea maximă este de circa 11,5 ± 2 cm Hg, iar cea minimă de 6 ± 1 cm Hg. Evoluţia presiunii sistolice se caracterizează printr-o creştere progresivă, începînd din copilărie pînă la vîrsta de 18—20 de ani cînd atinge valorile care se întîlnesc la adult. Se apreciază că această creştere a presiunii sistolice este puţin mai rapidă în perioada adolescenţei.

Scanned with OKEN Scanner

Evoluţia procesului de creştere a organismului creează încontinuu dezechilibre între dezvoltarea corporală, masa sanguină circulantă şi aparatul cardiovascular producînd destul de frecvent modificări ale presiunii arteriale, ilustrate de hipo- sau hipertensiune, mai ales sistolică, în mod obişnuit moderată şi pasageră.

Un rol important revine şi în acest caz excitabilităţii neurovegetative şi intervenţiei unor factori emoţionali.

Se apreciază că în condiţiile utilizării unei metode corecte şi aparaturi adecvate valorile limite ale presiunii sistolice la diverse vîrste sînt următoarele [33] :

— la vîrsta de 14—16 ani o presiune maximă de peste 13,5 cm trebuie să dea de gîndit, iar în caz că atinge valori de şi peste 14,5 cm ea trebuie să fie considerată patologică.

— la vîrsta de 18 ani prezenţa unei presiuni sistolice de peste 14 cm trebuie să constituie un factor de alarmă, iar în cazul unor valori de peste 15 cm trebuie să fie considerată patologică.

Prezenţa unei presiuni diastolice de peste 9—9,5 cm trebuie suspectată ca anormală, ea fiind considerată patologică în cazul unor valori de peste 10—10,5 cm.

Numeroşi autori au arătat prezenţa la această vîrstă a unor sufluri funcţionale fără semnificaţie patologică, puse în evidenţă la ascultarea cordului. Ele se aud mai ales în spaţiul al doilea şi al treilea intercostal, de-a lungul marginii stîngi a sternului.

După unele date aceste sufluri funcţionale s-ar întîlni la 30—60% din adolescenţii normali, sănătoşi [33].

Tot la această vîrstă se pot întîlni tulburări funcţionale caracteristice unei distonii neuro-vegetative, precum şi semne de eretism cardiovascular.

Astfel, aceşti adolescenţi menţionează prezenţa palpitaţiilor cardiace, dureri precordiale, dispnee la efort, stare de nervozitate, hiperemotivitate şi deseori anxietate. La examenul clinic se constată un ritm cardiac crescut, prezenţa extrasistolelor, presiune arterială uneori crescută şi existenţa unui suflu funcţional.

Deseori se citează la adolescenţi prezenţa unor simptome foarte diverse, care pot fi datorite existenţei unei hipotensiuni arteriale, a unei labilităţi a presiunii sanguine în cazul unor modificări de poziţie a corpului sau unei hipotensiuni ortostatice.

Aceste simptome pot fi ilustrate de o stare de oboseală, scăderea capacităţii de concentrare a atenţiei, dezinteres faţă de mediul ambiant, iritabilitate, greaţă, cefalee şi chiar stări de lipotimie.

La adolescenţii de 14—15 ani este destul de frecventă aşa-numita hipotensiune ortostatică. Aceasta se caracterizează prin apariţia unor simptome ca cefalee, palpitaţii, senzaţia de rău cu greaţă sau chiar lipotimie în cazul menţinerii timp îndelungat a poziţiei ortostatice.

Sistemul venos poate fi şi el afectat în această perioadă ; mai rar, comparativ cu vîrsta adultă, se pot întîlni varice chiar la adolescenţi, iar uneori spre sfîrşitul perioadei adolescenţei sînt cazuri de tineri care prezintă hemoroizi.

Modificări cardiocirculatorii importante pot avea loc în timpul îndeplinirii unui efort static sau efort dinamic de către adolescenţi.

Scanned with OKEN Scanner

În cazul unui efort static prelungit sau în cazul unei poziții a corpului care implică participarea unor numeroase grupe musculare se pot produce deficiențe circulatorii în aceste mase musculare intens solicitate, capabile să declanșeze o scădere a presiunii arteriale și o creștere a ritmului cardiac.

În timpul efectuării unor eforturi, ca, de exemplu, ridicarea unor greutăți sau împingerea unor obiecte grele, pentru a se asigura o rigiditate corespunzătoare coloanei vertebrale, toracelui și abdomenului, ele servind ca puncte de sprijin grupelor musculare ale membrelor superioare, este necesară o solicitare deosebită toracoabdominală constînd din mișcări expiratorii forțate cu glota închisă. În aceste condiții se produce o blocare a posibilităților de circulație normală a sîngelui venos, antrenînd modificări hemodinamice importante [33].

Din această cauză trebuie evitate la adolescenți eforturile statice care reduc posibilitățile fiziologice de adaptare ale aparatului cardiovascular. Solicitările toraco-abdominale repetate sînt nocive, pentru adolescente putînd duce la instalarea unor modificări cu caracter patologic.

În cazul cînd adolescenții fac un efort dinamic, organismul mobilizează întregul sistem cardiovascular pentru asigurarea unui transport eficient al oxigenului și bioxidului de carbon, volumul acestora fiind uneori de 10—20 de ori mai mare decît în repaus.

Creșterea simultană a ritmului cardiac și a debitului sistolic asigură o mărire eficientă a debitului cardiac. În aceste condiții se produce o vasodilatație la nivelul țesutului muscular și tegumentelor, care va asigura o mai bună aprovizionare cu oxigen a grupelor musculare solicitate în efort și o scădere a rezistenței periferice a sistemului vascular, ce va permite o creștere importantă a debitului sanguin cu o mărire corespunzătoare a presiunii sanguine de irigare a țesuturilor solicitate.

După instalarea în timpul efortului a unei stări de echilibru stabil, la încetarea acestuia apare faza de recuperare sau de revenire cînd are loc o scădere a ritmului cardiac și o revenire la valorile normale a presiunii arteriale. La adolescenții antrenați la efort această revenire se face mult mai rapid decît la cei cu activitate fizică redusă și cu o viață sedentară.

În perioada adolescenței se observă o creștere importantă a cutiei toracice mai vizibilă la băieți.

În evoluția capacității vitale, care crește începînd din perioada copilăriei, se observă un ritm mai rapid de dezvoltare între 12—13 ani la fete și 13—14 ani la băieți, după care deși continuă să se mărească, ritmul de creștere al acesteia este mult mai lent. Începînd cu vîrsta de 14 ani capacitatea vitală prezintă variații individuale, fiind mai ridicată însă la băieți decît la fete [33].

La adolescenți, respirația prezintă un tip toraco-abdominal, spre deosebire de respirația abdominală care se observă în copilărie. Dacă în perioada prepubertară și pubertară se constată o rezistență scăzută la infecțiile căilor respiratorii superioare, la adolescent se pare că această rezistență crește, morbiditatea prin afecțiunile căilor respiratorii superioare fiind mai redusă.

Dezvoltarea organismului necesită creșterea masei sanguine circulante, cantitatea totală de hemoglobină crescînd odată cu înaintarea în

Scanned with OKEN Scanner

vîrstă şi atingînd un nivel stabil în jurul vîrstei de 20 de ani la fete şi 22 de ani la băieţi.

Între vîrsta de 11—14 ani s-a observat o creştere importantă a cantităţii de hemoglobină. Dacă în perioada pubertară nu exista o diferenţă semnificativă între cantitatea de hemoglobină la băieţi şi la fete, după pubertate băieţii prezintă o cantitate de hemoglobină mai ridicată decît fetele, această diferenţă fiind de 1,5—2 g% [33].

Prezenţa unei anemii, datorită scăderii capacităţii de oxigenare a sîngelui, poate influenţa negativ posibilităţile de adaptare la efort a adolescenţilor. Existenţa anemiei creează posibilitatea apariţiei dispneei de efort, palpitaţiilor cardiace şi stării de oboseală. În timpul adolescenţei sistemul hematopoetic este foarte activ, mai ales în perioada prepubertară şi pubertară.

În cursul adolescenţei continuă să se dezvolte unele aptitudini motorii şi psiho-motorii, ca, de exemplu, rapiditatea efectuării unor mişcări, precizia acestora, coordonarea musculară, însuşirea unor automatisme şi deprinderi motorii, abilitatea manuală şi însuşirea unor mişcări tehnice profesionale. În această perioadă instruirea pare să fie mai rapidă şi fixarea noţiunilor şi mişcărilor tehnice profesionale mai persistente în timp decît la adult.

În adolescenţă se poate efectua în condiţii foarte bune o instruire profesională şi o pregătire corespunzătoare la diferite discipline sportive.

Aceste modificări privind dezvoltarea şi maturizarea activităţii cerebrale influenţează felul cum sînt percepute informaţiile care ajung la sistemul nervos, felul cum sînt analizate şi integrate.

De asemenea, această dezvoltare va influenţa felul cum adolescentul răspunde la solicitările exterioare, felul cum se manifestă activitatea sa motorie sau psihomotorie. Ţinînd seama de dezvoltarea inteligenţei, afectivităţii, imaginaţiei, la adolescenţi percepţiile proprioceptive sau viscero-ceptive vor putea atinge valori şi intensităţi care depăşesc pe cele întîlnite în perioada anterioară în copilărie.

O atenţie particulară se va acorda în această perioadă igienei tegumentelor şi mucoaselor, mai ales dacă se va ţine seama de tendinţa adolescenţilor de a se preocupa de aspectul lor exterior.

O bună igienă corporală este esenţială pentru prevenirea iritaţiilor cutanate şi a diverselor dermatoze, mai ales cele cu caracter profesional.

Foarte frecvent se menţionează apariţia de leziuni cutanate în urma utilizării abuzive de produse cosmetice de către adolescente. Acestora trebuie să li se arate că folosirea produselor cosmetice de înfrumuseţare şi a deodorantelor nu poate în nici un caz înlocui spălatul obişnuit cu apă şi săpun şi nici nu pot camufla o proastă igienă individuală. Se va arăta adolescentelor că prezenţa unei iritaţii cutanate impune oprirea momentană a utilizării produselor de înfrumuseţare, pentru a se evita posibilitatea apariţiei unei dermatoze alergice prin sensibilizare la diversele substanţe.

O deprindere neigienică întîlnită uneori la această vîrstă este roaderea unghiilor sau onicofagia. Se recomandă în aceste cazuri o intensă muncă de educaţie sanitară pentru renunţarea la această deprindere neigienică cu

Scanned with OKEN Scanner

implicaţii deosebit de grave, mai ales dacă adolescenţii lucrează în locuri de muncă cu substanţe toxice.

La adolescenţi se poate constata, de asemenea, prezenţa dermatozelor, impunînd luarea unor măsuri de prevenire şi anume : o bună igienă individuală, îndepărtarea imediată a substanţelor nocive după contaminarea accidentală, nefolosirea pentru curăţirea pielii a unor produse iritante, decapante sau solvenţi organici.

Eczema se poate întîlni de asemenea la adolescenţi. În etiologia acesteia un rol important le revine agenţilor alergizanţi, precum şi particularităţilor individuale caracterizate prin disfuncţii hepatice, instabilitatea neurovegetativă, tulburări neurohormonale etc.

Acneea este foarte răspîndită, frecvenţa acesteia fiind apreciată la 10—20% din adolescenţi şi putînd fi considerată ca o afecţiune specifică acestei perioade de vîrstă. Ea preocupă mult atît pe adolescente cît şi pe adolescenţi. Un rol important în apariţia acesteia îl prezintă particularităţile individuale caracterizate prin disfuncţii endocrine, disfuncţii hepatice, tulburări neurovegetative, oboseală, tulburări neurohormonale etc.

Verucile sînt, de asemenea, destul de frecvente la această vîrstă, uneori declanşînd mici epidemii, cînd se va ţine seama de posibilitatea transmiterii pe cale hidrică, de exemplu : prin spălatul în acelaşi recipient.

În perioada pubertăţii se citează frecvent hiperhidroza palmară. Epidermomicoza poate fi întîlnită destul de des la adolescenţi, transmiterea făcîndu-se prin intermediul grătarelor de lemn utilizate în sălile de duşuri cînd contactul tegumentelor membrelor inferioare permite contractarea acestei micoze.

Prezenţa unei albuminurii ortostatice se poate întîlni între 14—18 ani. Pentru precizarea cauzei acesteia, ea putînd fi un simptom al unei infecţii urinare, a unei nefrite sau a unei alte maladii renale, este necesar un examen clinic şi de laborator competent.

Albuminuria ortostatică întîlnită la tineri face parte din albuminuriile funcţionale, fără nici o semnificaţie patologică, apărînd în cazul staţiunii ortostatice prelungite, uneori întîlnindu-se şi în poziţie culcată (decubit) la adolescenţi cu lordoză.

În alte cazuri, albuminuriile au origine alimentară sau sînt declanşate în urma unei solicitări intense în condiţiile efectuării unei munci sau practicării unor sporturi. Astfel, în cazul unei probe de cros s-a observat o albuminurie pasageră la 40% din tinerii care au participat la competiţie. În prezenţa acestei albuminurii funcţionale, deşi nu se impune o limitare în activitatea profesională sau fizică se va ţine totuşi seama ca tinerii care au acest simptom să nu fie solicitaţi în activităţi ce necesită o poziţie ortostatică prelungită. Uneori la tineri poate persista un enurezis, fapt ce impune tratarea cauzei acestuia prin investigarea aparatului renal, afecţiunea putînd avea însă şi o cauză psihică.

O atenţie deosebită, la băieţi, se va acorda tratării cazurilor cu ectopie testiculară înainte de perioada adolescenţei.

La fete, în această perioadă se pot întîlni : amenoree, hipermenoree sau menoragii, dismenoree. Se pot observa, de asemenea, unele simptome de tensiune premenstruală, leucoree şi vaginite. Ţinînd seama de cauzele multiple ale acestor manifestări ginecologice se impune un examen clinic

Scanned with OKEN Scanner

de specialitate. O problemă importantă la această vîrstă este reprezentată de maladiile venerice, în unele cazuri datorită unor carenţe de educaţie sanitară, tinerii şi tinerele bolnave nu se adresează medicului, îngreunînd aplicarea procedeelor terapeutice corespunzătoare.

O atenţie particulară se va acorda unei cît mai reduse expuneri la acţiunea radiaţiilor ionizante, inclusiv cele provenite de la instalaţiile medicale, pentru a se evita un risc genetic prin mărirea frecvenţei mutaţiilor, orice doze putînd fi potenţial nocive.

La această vîrstă prezenţa unei eliminări crescute de glucoză în urină poate evidenţia după un examen competent existenţa unui diabet juvenil. La examenul medical aceşti tineri menţionează prezenţa unor simptome importante, ca : polifagie, polidipsie, scădere ponderală importantă şi uneori existenţa unor antecedente familiare.

Această formă de diabet juvenil se deosebeşte de cel al adultului, în general fiind vorba de o formă gravă cu scădere în greutate. Un tratament competent, corect aplicat, poate permite ca aceşti tineri să ducă o viaţă normală practicînd chiar o activitate fizică fără exagerări.

Tot în această perioadă, mai ales la fete, cu ocazia unui examen clinic obişnuit se poate întîlni o tiroidă mărită fără semne de hipo sau hipertiroidism. Cel mai frecvent este vorba de o hipertrofie fiziologică a tiroidei, aşa-numită „guşă a adolescenţilor", datorită unor modificări endocrine specifice acestei perioade în care se constată o mărire a secreţiei de hormoni tiroidieni necesari proceselor de creştere şi maturizare.

Deseori, dacă creşterea de volum a glandei tiroide este difuză fără noduli, iar adolescentul sau adolescenta nu prezintă nici un semn de disfuncţie tiroidiană, modificările menţionate nu au nici o importanţă, ele atenuîndu-se în timp. Cu toate acestea, este recomandabilă consultarea unui specialist pentru stabilirea unui diagnostic de precizie. Trebuie avută în atenţie şi posibilitatea existenţei unei hipotiroidii sau hipertiroidii, a unor tiroidite, sau chiar a unui carcinom, mai ales atunci cînd la această vîrstă tiroida prezintă noduli.

Tot la această vîrstă se pot întîlni unele modificări în legătură cu disfuncţii endocrine multiple. Astfel, se va putea constata o pubertate anormală în cazul funcţionării mai lente a hipotalamusului, hipofizei, suprarenalelor, gonadelor. De asemenea o disfuncţie hipofizară cu nanism se poate întîlni la băieţi.

În caz de hiperactivitate a glandelor suprarenale, poate apare o pubertate precoce la băieţi, în timp ce la fete se constată o întîrziere în apariţia pubertăţii, asociată cu virilism.

Întîrzierea în evoluţia pubertăţii, însă cu o creştere în înălţime, poate fi datorată unei insuficienţe testiculare primitive sau secundare, unui traumatism, unei orhite, unei ectopii bilaterale etc.

O frecvenţă mare a cariilor dentare se observă în perioada cuprinsă între 16—20 de ani. Un rol important în apariţia acestora îl au obiceiurile alimentare, atît în copilărie cît şi în perioada adolescenţei, intervenţia unor factori fizici şi chimici care pot favoriza procesele cariogene, ca, de exemplu, consumul excesiv de dulciuri, zaharuri, consumul de băuturi acide, consumul de alimente sau băuturi foarte calde sau foarte reci.

Scanned with OKEN Scanner

Din aceste considerente este necesară o bună educaţie sanitară, insistîndu-se pe o alimentaţie raţională şi o continuă igienă buco-dentară.

Unele deprinderi alimentare incorecte în perioada adolescenţei pot provoca fie o denutriţie cronică, fie un consum exagerat de alimente cu o valoare calorică crescută, mai ales lipide alimentare, constituind un factor de risc pentru apariţia obezităţii şi a bolilor cardiovasculare.

Lipsa de mişcare, ca şi tendinţa la sedentarism constituie de asemenea un factor favorizant al bolilor cardiovasculare şi al obezităţii.

Rezultatele unor studii asupra obiceiului de a fuma la tineri au arătat următoarele aspecte :

1) fumatul este mai frecvent la adolescenţii ai căror membrii de familie sau prieteni fumează ;

2) fumatul este relativ mai frecvent la tineri cu un grad de cultură mai scăzut, care nu au tendinţe de perfecţionare continuă pentru a promova în diferite domenii de activitate şi care au rezultate slabe în activitatea şcolară ;

3) pentru unii adolescenţi, atît băieţi cît şi fete fumatul constituie un simbol al independenţei, al protestului faţă de atitudinea familiei care este împotriva fumatului sau chiar al virilităţii, mai ales la tineri cu un nivel cultural redus şi carenţe de educaţie sanitară ;

4) principalele riscuri de îmbolnăvire legate de fumat (cancer, bronşită cronică, emfizem, afecţiuni cardiovasculare etc.) sînt considerate de majoritatea tinerilor ca o ameninţare îndepărtată şi improbabilă, estompîndu-se astfel gravitatea reală a acestei toxicomanii [98].

Pentru a se realiza o profilaxie eficientă a fumatului, este necesar ca măsurile de educaţie sanitară să insiste şi pe efectele nocive imediate, în special afectarea funcţiei respiratorii care scade capacitatea de efort în competiţii sportive sau în activităţi productive. Propaganda împotriva fumatului nu trebuie limitată numai la şcoală, ea trebuie să se facă în primul rînd în familie şi în toate ocaziile în care adolescenţii vin în contact cu personalul sanitar.

Posibilităţile de dezvoltare armonioasă a tinerilor s-au îmbunătăţit foarte mult datorită extinderii şcolarizării şi învăţămîntului. Revoluţia tehnico-ştiinţifică contemporană, caracteristică secolului XX a influenţat foarte mult dezvoltarea fizică şi mintală a adolescenţilor prin numeroşi factori, ca de exemplu : industrializare, urbanizare, folosirea unor tehnologii complexe, mărirea duratei de şcolarizare, intensificarea activităţilor culturale, a mijloacelor de informaţie etc. Nu trebuie să uităm că adolescenţa reprezintă totodată perioada cînd tinerii încep să se ocupe de activitatea productivă, pregătindu-se să muncească sau să intre în viaţa activă, să participe direct la realizarea valorilor materiale şi culturale ale societăţii.

b) **Dezvoltarea neuro-psihică a adolescenţilor.** Adolescenţa poate fi considerată ca o perioadă de importanţă deosebită în dezvoltarea personalităţii, mai ales dacă ţinem seama că aceasta a fost definită ca „organizarea dinamică a aspectelor cognitive, afective, voluntare, psihologice şi morfologice ale individului" (Sheldon, citat de [33]).

Modificările care survin în această dezvoltare neuro-psihică se pot sistematiza după cum urmează :

Scanned with OKEN Scanner

1. o dezvoltare intelectuală cu specializarea inteligenței ;

2. o maturizare afectivă, cu dezvoltarea sensibilității și imaginației, ilustrată prin tendința de apropiere heterosexuală și preocuparea de alte persoane.

3. organizarea personalității cu afirmarea eului ilustrată prin dorință de independență, de individualism, de originalitate în comportament și manifestare ;

4. cunoaștere și receptivitate față de valorile umane și spirituale ;

O dezvoltare armonioasă presupune perfecționarea acestor aspecte ale personalității care la adolescenți este într-o continuă transformare, foarte dinamică și schimbătoare [33].

În perioada adolescenței se observă o dezvoltare și perfecționare a sistemului nervos central și mai ales a activității nervoase superioare.

Performanțele memoriei îndeosebi sînt mult îmbunătățite, reținerea cunoștințelor noi făcîndu-se mai rapid datorită unei dorințe imperioase de cunoaștere a tot ce este nou.

Acest aspect se exteriorizează în mediul ambiant printr-o atitudine dinamică, gălăgioasă, dominată de curiozitatea de a cunoaște cît mai multe lucruri, din domenii foarte diferite.

Între vîrsta de 12—14 ani, apare posibilitatea abstractizărilor, a raționamentului logic, care nu se bazează numai pe elemente concrete ca în perioada copilăriei, făcînd apel la noțiuni abstracte, elemente verbale, simboluri, premise, structuri gramaticale etc.

Apariția acestei aptitudini de a gîndi abstract poate fi stimulată de către procesul instructiv-educativ și poate fi favorizată utilizarea ei în mediul social în care trăiește, se dezvoltă și lucrează adolescentul.

Către vîrsta de 16 ani, adolescenții sînt pasionați de teorii și sisteme, încep să se intereseze de aspectele psiho-fiziologice, sociale și obștești ale vieții.

În timp, în mod progresiv aceste modificări ale gîndirii pe baza confruntării cu datele experienței personale vor permite o mai bună apreciere critică a fenomenelor și în același timp o maturizare intelectuală caracteristică adultului.

Posibilitățile de dezvoltare a inteligenței sînt în funcție de calitățile înăscute ale adolescentului, aceste potențialități neputînd însă deveni realități decît dacă se acționează pentru a le dezvolta, o bună stare de sănătate, o ambianță plăcută, condiții de muncă convenabile, relații interumane favorabile, constituind tot atîția factori care pot favoriza sau inhiba preocupările în domeniul dezvoltării inteligenței la această vîrstă [33].

Un factor important în definirea personalității îl constituie afectivitatea, respectiv capacitatea de a avea sentimente. Afectivitatea este indispensabilă pentru formarea personalității, reprezentînd aspectul dinamic al acesteia, iar cel care pierde capacitatea de a avea emoții se dezinteresează rapid de mediul social în care trăiește, de evenimentele exterioare, din habitatul în care trăiește și se dezvoltă, pe acest fond putînd apare fenomenul de dezadaptare. Se consideră că evoluția afectivă este tot atît de importantă pentru dezvoltarea psihică ca și maturizarea de la pubertate pentru viața somatică. În perioada adolescenței, afectivitatea prezintă o serie de transformări, suferind o maturizare. Dacă în timpul pubertății ea caracteriza

Scanned with OKEN Scanner

personalitatea infantilă cu un comportament deseori egosit, către vîrsta de 15 ani ea suferă o evoluţie spre exteriorizare cu o intensificare remarcabilă a unor stări afective de simpatie, prietenie, generozitate, autoperfecţionare etc. Uneori însă aceste modificări au un caracter formal, interesînd mai puţin atitudinea adolescentului în viaţa cotidiană şi în viaţa familiară. Deseori, sub o atitudine altruistă se ascunde o puternică interiorizare a adolescentului. La acesta se observă un interes particular pentru dezvoltarea sa fizică, pentru lărgirea capacităţii sale intelectuale, pentru stările sale afective, pentru ideile sale etc. Există, de asemenea, o tendinţă în această perioadă de a raporta totul la persoana sa şi de a interpreta diversele probleme într-o manieră foarte subiectivă. Totodată se constată o dezvoltare foarte importantă a imaginaţiei, a posibilităţilor de reprezentare mintală şi a întregii vieţi intelectuale.

De la vîrsta de 14 ani apare o tendinţă marcată spre introspecţie, spre reverii sentimentale, spre stări de melancolie. Aceste manifestări ale vieţii interioare sînt necesare formării personalităţii la această vîrstă. Pentru ca viaţa interioară a adolescentului să se îmbogăţească în mod continuu, el trebuie să fie nu numai receptiv şi să se interezese de mediul ambiant în care trăieşte, de mediul social-cultural în care-şi duce activitatea, dar trebuie, de asemenea, ca informaţiile care îi parvin din acest mediu înconjurător să întîlnească din partea lui o rezonanţă afectivă şi să acţioneze eficient asupra formării personalităţii sale. Este important ca printr-un efort de imaginaţie elementele exterioare percepute de adolescenţi să fie analizate, clasate, comparate, apreciate critic, asociate sau disociate, colorate de sentimente şi trăiri afective variate, în funcţie de particularităţile individuale cele mai diverse. La această vîrstă încep să se afirme trăsăturile de caracter, precum şi tendinţele afective individuale, dezvoltarea afectivităţii mergînd paralel cu diversificarea acesteia.

Caracteristicile psihice specific feminine se manifestă mult mai precis, fiind ilustrate de o emotivitate crescută, răbdare, pasivitate, dragoste de sine, mergînd pînă la narcisisism, grijă de părerea altor persoane despre ea etc.

În ceea ce priveşte băieţii, tot la această vîrstă se vor manifesta şi caracteristicile psihice ale acestora : voluntarismul, combativitatea, intransigenţa, nevoia de a se afirma şi de a domina.

Dezvoltarea imaginaţiei, maturizarea afectivităţii, dezvoltarea sensibilităţii sînt tendinţe prezente la adolescenţi care nu vor deveni realităţi, decît dacă vor exista circumstanţe favorabile dezvoltării acestora. Aceste tendinţe nu sînt determinate în mod spontan, şi alte preocupări imediate, ca, de exemplu, fuga după plăceri pasagere, riscă aşa cum se observă uneori să blocheze activitatea psihică a adolescentului, la nivele necorespunzătoare.

Tinerii trebuie ajutaţi să-şi dezvolte şi să-şi perfecţioneze afectivitatea, sensibilitatea, imaginaţia etc., pentru a-şi forma o „cultură afectivă" în concordanţă cu principiile etice ale societăţii socialiste în care trăiesc, învaţă şi muncesc. Este foarte greşită lipsa de preocupare pentru această delicată problemă, atît din partea familiei cît şi din partea educatorilor, insistîndu-se numai spre acumularea de cunoştinţe profesionale, uneori

Scanned with OKEN Scanner

neselectate și neglijîndu-se marile disponibilități afective ale acestei perioade atît de importante pentru sănătatea mintală a adultului.

În perioada adolescenței, către vîrsta de 14 ani, se observă la acești tineri o stare de oarecare nesiguranță, de timiditate, de anxietate, de neliniște, cel mai frecvent fără manifestări de exteriorizare. Neliniștea le este cauzată de modificările somatice pe care le suportă și le observă, fără a le putea modifica cu nimic evoluția.

În relațiile cu fetele, în general, dar și cu vecinii și prietenii de joc adolescentul dă dovadă de timiditate. Modificările survenite în relațiile cu părinții și cu adulții, îi dau o stare de relativă nesiguranță. Toți acești factori tind să creeze adolescentului o senzație de disconfort, greu de definit. Deseori se simte izolat, neînțeles, fiind convins de caracterul foarte personal al dificultăților sale care îl privesc numai pe el. Ulterior, după depășirea acestei perioade de confuzie, adolescentul devine din ce în ce mai conștient de personalitatea și de individualitatea sa, pe care o afișează mai ales față de adulți.

Pentru a-și afirma această individualitate și față de aspectele cele mai diverse și cele mai banale ale vieții cotidiene, uneori adolescentul adoptă în mod sistematic o atitudine diferită sau chiar contrară celei a colectivului din care face parte (școală, prieteni, familie).

Se interesează de asemenea mult de impresiile lui, de sentimentele lui, de felul lui de a judeca lumea și oamenii. Deseori, această viață afectivă se concretizează în jurnalele intime, în care își scrie impresiile cotidiene, în încercări de creații literare în versuri sau proză, în conversații prelungite asupra unor personalități cunoscute din istoria universală sau națională. Aceste încercări de individualizare pot evolua destul de calm, dar uneori pot declanșa o adevărată criză de originalitate juvenilă, cînd adolescentul nu se mulțumește numai cu afirmarea individualității sale, cerînd cu insistență ca ea să fie cunoscută de cei în mijlocul cărora trăiește. În dorința de a-și afirma independența actelor sale, pentru alegerea ocupațiilor, pentru orientarea profesională, pentru viitorul său, pentru distracții chiar, adolescentul dorește, dacă nu să fie scutit de sfaturile celor din jur, cel puțin să fie ultimul care decide. Această situație poate duce deseori la conflicte cu familia, de care depinde mai ales material. Adolescentul este dornic ca cei din jur să se intereseze de munca lui, să-i aprecieze eforturile și dacă munca este bine făcută să i se recunoască acest lucru. Adolescentul se consacră cu entuziasm muncii sale, este gata să depună toate eforturile necesare, să-și asume toate responsabilitățile pentru a-și atinge scopul fixat. Acest entuziasm nu trebuie să se lovească de indiferență sau de o atitudine ostilă. Dacă nu vom ști să orientăm această tendință naturală a adolescenților către scopuri înalte pe plan profesional, cultural și social-obștesc este foarte posibil ca aceștia să evolueze spre atitudini de pasivitate, de lenevie, de dezinteres, să devină mai bătrîni decît vîrsta pe care o au. Uneori pentru insatisfacțiile lor consideră vinovată colectivitatea și așteaptă ca aceasta să le amelioreze propria lor situație, ei participînd mai puțin sau deloc [33].

Alteori se observă reacții violente împotriva normelor de disciplină impuse de colectivul de muncă. Nu trebuie să uităm că dacă are nevoie să se afirme, dacă are nevoie de independență, tot așa de mult are nevoie

Scanned with OKEN Scanner

de disciplină și de prezența unei autorități ierarhizate în cadrul profesiei în care lucrează, sau în activitatea instructiv-educativă la care participă.

Copilul cunoaște și respectă anumite valori deprins cu ele în familie, în mediul social în care trăiește. Pentru copil aceste valori au un caracter concret și sînt obligatorii, ele putînd sugera recompensă sau sancțiuni.

În cazul adolescenților acestea iau un caracter abstract, ele nemaifiind impuse de mediul social imediat, de școală, de familie etc., ci de o presiune culturală acționînd prin cele mai diverse mijloace de informare în masă : cărți, reviste, radio-televiziune, cinema, spectacole etc. Un rol nu mai puțin important revine experienței personale a adolescentului. În aceste condiții lumea valorilor nu mai are caracterul obligator întîlnit în copilărie și adolescentul începe să cunoască relativitatea unora din aceste valori, care nu mai prezintă o calitate indiscutabilă [33].

Adolescentul caută să stabilească o scară a valorilor sociale în funcție de propria sa apreciere, putînd avea uneori o atitudine mai mult sau mai puțin refractară față de cele pe care le consideră impuse de mediul social în care trăiește și lucrează. Pentru a se stabili însă o scară reală a valorilor trebuie în primul rînd ca acestea să fie cunoscute, să fie analizate critic, judecate și apreciate după anumite criterii [33].

Tendința normală a adolescenților de a se depăși trebuie folosită pentru o orientare în cadrul activităților instructiv-educative și formative spre realizări în folosul societății, fără a-i scuti de eforturi, în același timp ajutîndu-i să-și dezvolte și să-și formeze personalitatea.

Adolescenții au nevoie de sfaturi competente care să le permită să-și armonizeze dorințele cu realitățile vieții și să-și aleagă o profesie sau o meserie care să fie cît mai mult posibil în concordanță cu aptitudinile lor și cu necesitățile societății.

În cadrul activităților instructiv-educative, se va insista pe favorizarea creării unor opinii de masă corecte în care să se acorde toată considerația muncii bine făcute și respectării normelor de igienă și protecția muncii, atît în atelierele școală cît și în diferite locuri de muncă, în industrie.

La adolescenți, tendința de a risca în cele mai diferite manifestări ale vieții cotidiene, inclusiv ale vieții profesionale, la locul de muncă, se datorește dorinței lor de a se afirma, de a se depăși. În aceste cazuri trebuie avută o atitudine plină de tact, atentă, pentru a nu crea situații exact opuse constînd dintr-o căutare sistematică a riscurilor, inutile, spectaculoase, pentru a-i impresiona pe cei din jur, în special femeile. Pe de altă parte, adoptarea unei atitudini de hiper-protecție continuă poate avea o influență negativă, lăsînd adolescentul în ignoranță, dezarmat, lipsit de reacții adecvate de apărare în fața situațiilor periculoase pe care le va întîlni în viață și pe care orice măsură de protecție, oricît de perfectă ar fi, nu poate avea pretenția de a le elimina în totalitate. Adolescenții trebuie învățați să calculeze cu grijă la locul de muncă și în activitatea sportivă riscurile pe care pot sau nu și le pot lua și întotdeauna să-și aleagă soluțiile tehnice cu risc minim, pentru a atinge în modul cel mai eficace și mai sigur scopul urmărit. Dacă adolescenții caută uneori să-și asume riscuri inutile, ei pot de asemenea să se arate conștienți și prudenți să se supună unei discipline stricte, cîteodată mai bine decît adulții cînd ei activează într-un anumit domeniu profesional cu factori de risc crescuți sau cînd ei practică unele

Scanned with OKEN Scanner

activităţi sportive care comportă riscuri (paraşutism, alpinism, înot subacvatic, planorism etc.).

Preocupările heterosexuale ale adolescenţilor sînt în concordanţă cu interesul acestora pentru diferitele domenii ale cunoaşterii umane şi depăşesc cu mult domeniul mai restrîns al sexualităţii.

Adolescenta este atrasă prima dată de tendinţele vagi ale unei sentimentalităţi care se complace în amoruri imaginare. Emotivitatea şi sensibilitatea sînt foarte dezvoltate, în timp ce senzualitatea rămîne întotdeauna mai difuză, tandreţea apărînd înaintea dorinţei sexuale.

La adolescent situaţia este inversă, motivaţia sexuală, dorinţa sexuală precedînd celelalte manifestări de ordin afectiv.

Apariţia motivaţiei sexuale şi a unei vieţi afective, emoţionale declanşate de sexualitate, dezorganizează echilibrul care există la sfîrşitul copilăriei. Adolescentul va trebui să asimileze aceste modificări, personalitatea sa urmînd să evolueze. Această evoluţie, absolut necesară, poate fi adesea agitată, creînd dificultăţi de adaptare adolescentului. Pentru a se elibera de starea de tensiune pe care el o resimte continuu, în unele cazuri acesta prezintă ticuri sau tulburări psihosomatice diferite, ca, de exemplu, bîlbîieli, onicofagie, dureri de cap, de stomac, dureri precordiale, palpitaţii etc.

În această perioadă se pot întîlni şi unele modificări cu caracter nevrotic. Acestea pot antrena tulburări în comportamentul sexual, uneori mergînd pînă la tendinţe masochiste, iar în alte cazuri efortul de sublimare a motivaţiei sexuale printr-o suprasolicitare intelectuală poate diminua considerabil dezvoltarea vieţii afective a adolescentului. Tot în cadrul acestor dereglări de ordin neuropsihic se întîlneşte în această perioadă o tendinţă de închidere în sine, fuga de realitate, refulări sau din contră, o tedinţă către o opoziţie marcată faţă de mediul ambiant, ilustrată de comportamente agresive şi impulsive. Pentru prevenirea acestor aspecte este necesară o informare corectă, o grijă continuă pentru formarea personalităţii şi o activitate educativă plină de tact, atît în familie cît şi în şcoală. Recomandabil ca aceste activităţi de pregătire a adolescentului să se facă în perioada prepubertară, la sfîrşitul copilăriei, perioadă în care motivaţia sexuală este mai slabă, iar maturitatea intelectuală este suficientă pentru a putea beneficia de o educaţie sexuală competentă şi obiectivă [110].

Se recomandă ca această educaţie să depăşească planul pur fiziologic al motivaţiei sexuale şi să se îndrepte pe cît posibil spre trăirile afective specifice omului, spre valorile umane incontestabile. În general, trebuie să se favorizeze pentru fiecare tînăr sau tînără dezvoltarea unei personalităţi în raport cu locul pe care fiecare trebuie să-l ocupe în societate şi familie.

Chiar adolescentul a cărui dezvoltare psihică progresează normal va trăi stresuri şi îndoieli. Important este de a şti cum adolescentul reacţionează la aceste stări de tensiune [52].

Adolescenţa nu trebuie privită ca un monolit, ea prezentînd mai multe faze, fiecare cu caracteristici distincte. Astfel, atunci cînd vrem să facem o apreciere a caracterului adecvat sau inadecvat a reacţiilor sau comportamentului unui adolescent, trebuie să ne amintim că adolescentul de 13—14 ani este morfo-fiziologic deosebit faţă de cel de 19 ani sau de 20 de

Scanned with OKEN Scanner

ani. Cu alte cuvinte, un comportament care poate fi considerat adecvat la 14 ani şi ilustrînd o dezvoltare mintală normală, poate fi apreciat inadecvat la 19 ani, semnificînd prezenţa unei tulburări psihice.

Între 12—13 ani, chiar 15 ani, principalele probleme ale adolescentului sînt centrate pe necesitatea de a se adapta la un organism pe cale de maturizare. Adolescentul la această vîrstă luptă împotriva semnelor de pierdere a controlului comportamental, aspect legat de prezenţa unei forţe fizice crescute şi apariţia excitaţiei sexuale. Adolescenţii de o vîrstă cu el joacă un rol din ce în ce mai important în aprecierea a ceea ce este acceptabil sau nu.

Între vîrstele de 18—21 ani adolescentul începe să se considere el însuşi adult, în timpul acestei ultime faze a adolescenţei mobilitatea tipică a perioadelor precedente începînd să dispară. Activitatea şi comportamentul la această vîrstă sînt mai uşor previzibile. Modalităţile de reacţie ale unui adolescent tind să se standardizeze progresiv pe măsură ce evoluează, ceea ce caracterizează o stare normală. Există însă foarte mari variaţii în aşa-numita stare normală a adolescenţei ; aceste variaţii sînt influenţate de un număr mare de factori : culturali, sociali, familiali, precum şi de experienţele unice pe care le trăieşte fiecare individ şi care se înscriu, de asemenea, într-o stare de dezvoltare normală [52].

S-a spus că familia în care există un copil de 13 ani poate fi comparată cu un lac înainte de furtună. Familia îl ştie trăind liniştit, între obligaţiile impuse de şcoală şi joacă, îl consideră departe de orice alte preocupări ; participanţi la necazurile şi bucuriile lui, tata şi mama ştiu că la cele mai mici întîmplări şi necazuri ei sînt confidenţi.

În mod lent, acest calm începe să fie zdruncinat, sfîrşind uneori brutal prin apariţia unor relaţii noi de neînţeles, copilul devenind adolescent, iar familia nefiind deseori pregătită să-l înţeleagă.

În unele cazuri familia se mobilizează sporindu-şi atenţiile şi dovezile de afecţiune, iar în alte cazuri se resemnează, trecînd în expectativă. Ambele comportări sînt greşite, ele defavorizînd evoluţia spre maturizare a adolescentului [110].

Părinţii au datoria să cunoască şi să înţeleagă sensul şi limitele acestor modificări de comportament ale copilului devenit între timp adolescent. La originea acestor transformări în comportamentul copiilor, un rol important îl are maturizarea sexuală specifică adolescenţei. Această aşa-numită criză a adolescenţei poate fi favorizată de o puternică emotivitate naturală, de succesiunea întîmplătoare a unor şocuri afective, de o cultură intelectuală mai vastă şi chiar de o mai bună informare în domeniul sexualităţii oferite de mediul înconjurător. Părinţii trebuie să aibă o grijă deosebită, pentru că în perioada prepubertară, am putea spune în preludiul pubertăţii, să dezvolte la copii tendinţele pozitive şi în primul rînd dragostea pentru frumos, dragostea pentru muncă, dragostea pentru oameni.

Deseori perioada aceasta tumultoasă se caracterizează prin refuzul copilului de a se supune la indicaţiile părinţilor, protestînd împotriva ideii de subordonare, nemaifiind binevoitor ca înainte, refuzînd să participe la efectuarea unor munci chiar uşoare în mediul familial. În cazul unor părinţi autoritari, tiranici, chiar dacă se supune ordinului acestora, atitudinea pe care o afişează nu face altceva decît să ilustreze faptul că ceea

Scanned with OKEN Scanner

ce face nu face decît în mod forțat, din constrîngere. Deseori, părerile enunțate de adulți i se par ridicole și adolescentul afișează un zîmbet batjocoritor, de superioritate. Teama de a nu fi păcălit îl face să fie circumspect la toate judecățile de valoare și raționamentele celor care-l înconjoară. Incompetent de a discuta cu alții mai mari decît el, în loc să încerce să deosebească adevărul de minciună, realitatea de ficțiune, preferă să nege deseori totul de la început [110].

Respinge în bloc tot ceea ce crede că i-a fost impus în perioada copilăriei, considerînd că așa cum a fost amăgit de existența unor personaje de basm, tot așa i s-au ascuns, amăgindu-l și alte lucruri mai importante și nu mai vrea să fie considerat naiv. Primele încercări de indisciplină vizează deciziile părinților însă ele nu trebuie privite ca niște manifestări datorate lipsei de afecțiune.

Plimbările sau vizitele împreună cu familia devin uneori pentru adolescenți un fel de corvoadă insuportabilă, ridiculizîndu-le chiar în fața părinților.

Manifestările acestea de nesupunere, pe care le-am putea eticheta destul de nevinovate în sinea lor, sînt foarte neplăcute, constituind un stress deosebit pentru părinți, dacă aceștia nu reușesc să înțeleagă transformările prin care a trecut copilul, ajungînd adolescent.

Ele pot duce la neînțelegeri reciproce între părinți și copii, mai ales dacă metodele educative ale acestora sînt foarte drastice, traumatizante fizic și psihic pentru copil. Neînțelegerile pot fi și mai mult intensificate, mai ales dacă metodele educative ale tatălui și mamei sînt contradictorii, creîndu-se un climat familial neplăcut, tensionat. Incapabil să aprecieze cauza acestei stări conflictuale în familie, copilul încearcă să evadeze din această ambianță, căutîndu-și refugiul în prezența altor copii de seama lui sau chiar în joacă.

În forme extreme se întîlnește în această perioadă fuga de acasă. Traumatismele psihice pe care le suportă adolescentul în aceste condiții au implicații deosebite la vîrsta adultă și impun luarea tuturor măsurilor pentru ca ele să nu devină o realitate. Deseori aceste tendințe de evadare din mediul familial sînt precedate de o perioadă de calm, de liniște aparentă, cauzată tocmai de hotărîrea pe care a luat-o adolescentul de a fugi de acasă. În această perioadă, conflictele care au loc se creează mai ales între băiat și tată și între fiică și mamă, datorită faptului că mai frecvent băiatul se lovește de autoritatea tatălui, iar fata de aceea a mamei. Uneori se manifestă la aceste adolescente o gelozie inconștientă pentru feminitatea mamei, care trebuie să fie cu mult tact și să ierte chiar unele atitudini, care la prima vedere ar părea jignitoare.

La această atitudine de inacceptare a autorității părinților se adaugă uneori aceea a refuzului de a accepta autoritatea școlii. În ochii multor adolescenți, profesorii apar ca niște ignoranți, cărora ei le pîndesc cu perseverență orice greșeală pentru a servi ca justificare la ridiculizări inoportune. În numeroase cazuri se consideră nedreptățiți, victimele profesorilor tirani. În cazul cînd în timpul activității școlare primesc o notă mai mică decît cea pe care o consideră că au meritat-o, sînt mai puțin afectați de nedreptatea propriu-zisă dacă li s-au oferit argumente care să pună la îndoială buna credință a profesorilor și implicit un argument pentru ri-

Scanned with OKEN Scanner

diculizarea sau negarea autorității acestora. Unele particularități vestimentare ale profesorilor, unele gesturi, unele caracteristici de limbaj pot constitui o sursă de ironie, mergînd pînă la contestarea competenței și autorității acestora. Materiile care nu le plac și implicit profesorii care le predau sînt deseori sursa unor ironii [110].

La această vîrstă se remarcă o atracție pentru pseudodescoperiri literare sau artistice, prin atitudini laudative exagerate față de scriitori mai puțin recunoscuți, tinzînd astfel să-și manifeste originalitatea prin aceste extravaganțe sau acte de indisciplină gratuită. S-ar părea că aceste manifestări teribiliste, avînd ca obiect în unele cazuri uimirea și plăcerea de a fi în mijlocul atenției prin extravaganța comportamentului, sînt de fapt numai argumente pentru consolidarea încrederii acestor adolescenți în propria lor persoană. Educatorii trebuie să combată cu mult tact aceste comportamente deplasate. Tot la această vîrstă, uneori, adolescentul manifestă repulsie față de situații foarte diverse, începînd cu regulile elementare de politețe și terminînd cu aspecte cotidiene unanim recunoscute de comportare corectă în mediul familial și social.

PROBLEMELE SEXUALE ALE ADOLESCENȚEI

Adolescența constituie una dintre cele mai importante etape pentru viața sexuală a unei persoane. S-a spus chiar că întregul comportament al viitorului adult va depinde de atitudinea sa din adolescență, în momentul în care și-a descoperit sexualitatea. O insuficientă prevenire și pregătire a adolescentului în fața descoperirii acestui fenomen nou, sexualitatea, poate influența foarte mult comportamentul său, ducînd la apariția unor inhibiții, care, în anumite circumstanțe, pot deveni periculoase pentru profilul său sexologic.

Foștii copii, deveniți adolescenți, trăiesc o perioadă marcată de necesități vagi, imprecise, datorită maturizării sistemului endocrin. Modificările corporale, de asemenea, nu pot trece neobservate : dezvoltarea caracterelor sexuale secundare ilustrate de mărirea volumului sînilor, modificarea curburii șoldurilor la fete, apariția pilozității pubiene și axilare, schimbarea vocii la băieți, precum și aspectul cel mai important, modificarea caracterelor sexuale principale caracterizate prin mărirea și maturizarea organelor genitale.

În această perioadă adolescenții se interesează de probleme pe care anterior le ignorau, caută să aibă înțelesul cît mai exact al cuvîntului „dragoste", întîlnit atît în operele literare, în limbajul cotidian sau pe canalele diferitelor sisteme de informație (filme, piese de teatru, reviste, lecturi, scene din viața cotidiană etc.). Ei nu se mai mulțumesc cu răspunsuri evazive, naive asupra problemelor procreerii, asupra adevărului privind relațiile sexuale, convorbirile dintre colegi sau anumite scene sen-

Scanned with OKEN Scanner

zuale din spectacole, dărîmînd explicațiile puerile și lămurind mecanismele fiziologice sexuale pe care le ignorau anterior.

În aceste condiții, reacționînd instinctiv, adolescentul pornește la descoperirea acestei lumi noi și atrăgătoare. Unele păreri preconcepute, de falsă pudoare, atît din partea părinților cît și a educatorilor, pot complica și mai mult problemele sexuale ale adolescenților, mai ales dacă le lasă să și le rezolve singuri. În cazul abordării în discuție a unor aspecte legate de funcțiile genitale, de relațiile între sexe, convorbirile adulților în fața tinerilor ocolesc deseori cea mai mică aluzie la viața sexuală. Astfel, adolescenții ajung să cunoască aceste fenomene naturale sub aspectul lor cel mai indecent sau cel mai scabros, cu implicații foarte negative pentru viața lor sexuală. Acest „imposibil dialog", acest „stop comunicativ", pe care-l pot întîlni adolescenții din partea părinților și educatorilor, le stimulează curiozitatea, căutînd în și mai mare măsură să cunoască transformările intime din perioada pubertății, blocîndu-le uneori interesul pentru alte domenii ale cunoașterii. Unii din ei, văzînd că educatorii și părinții consideră aceste aspecte ca rușinoase, scandaloase, inabordabile, se neliniștesc și încearcă să le ascundă. Elevul sau eleva de școală generală sau liceu, devenind bărbat sau femeie, prezintă modificări psihoafective caracterizate printr-o stare de neliniște care le influențează foarte mult comportamentul. Din aceste considerente este necesar de a preveni, de a informa în mod deschis adolescenții, cît mai exact, într-un mod cît mai științific, asupra problemelor pe care le ridică viața sexuală la specia umană.

Într-un prim stadiu al pubertății, tînărul evită relațiile cu sexul opus, avînd un fel de teamă față de femeie, comportarea sa fiind foarte echivocă. Acest aspect este ilustrat de manifestările de inamiciție, de șicane reciproce pe care le întîlnim uneori în relațiile dintre fete și băieți în clasele mixte ale școlii generale. Asistăm astfel la grupuri de băieți care se războiesc cu grupuri de fete, în multe cazuri legate de primatul la unele materii de învățămînt.

De cele mai multe ori această tendință trece neobservată de către educatori și chiar de copii. După această perioadă de teamă și șovăială, adolescentul începe să-și manifeste virilitatea printr-un comportament agresiv, uneori exagerat, chiar și cei timizi căutînd compania fetelor și apropierea de acestea. Am văzut că, în perioada pubertății, la fete, către vîrsta de 11 ani, încep să apară primele modificări caracterizate prin creșterea sînilor, pilozitatea pubiană și axilară și după cîtva timp apariția primei menstruații, care ilustrează modificările endocrine ale tinerei fete.

Nu trebuie uitat că această fetiță-femeie este încă un copil, avînd încă preocupări puerile. Apariția feminității s-ar caracteriza printr-o fază de femeie-copil și o fază de femeie-adolescentă.

În prima fază, cînd fetița descoperă modificările pe care mai înainte nu le-a cunoscut, în general ea are un sentiment de jenă legat de apariția menstruației. În această fază un rol important îi revine mamei, care trebuie să-i explice cu răbdare, dar destul de precis, aspectele fiziologice naturale ale fenomenelor care neliniștesc pe tînăra fată. Chiar dacă la școală începe să evite colegele de același sex „impubere", probabil socotite copile, ea deseori invidiază pe băieți și uneori se plînge de faptul că „e fată și nu băiat".

Scanned with OKEN Scanner

Aceste aspecte pot fi mult agravate de opiniile unor părinţi sau cunoscuţi, care regretă că au o fată şi nu un băiat, care, spun ei, se descurcă mai uşor în viaţă. La această vîrstă, unele din ele temîndu-se că părinţii lor ar avea regrete asemănătoare, caută deseori cu destulă stîngăcie, dovezi, argumente că sînt iubite, exagerînd într-un sens sau altul, gesturi, aprecieri sau discuţii care în mod obişnuit sînt considerate normale. Aceste atitudini capricioase trebuie atent observate de către părinţi, care, cu tact, solicitudine şi afecţiune, au datoria să ajute pe tînăra fată să treacă peste această fază critică din anii pubertăţii [110].

Dar pe măsură ce trece timpul, starea afectivă se modifică, vibrînd la noutăţile pe care i le descoperă simţurile. Trăieşte intens cele mai mici evenimente, cele mai banale întîmplări, exagerîndu-le sensul şi semnificaţiile. În aceste faze, îşi îndreaptă afecţiunea spre muzică, spre poezie, spre pictură, spre lucrul de mînă, spre un animal domestic (cîine, pisică etc.), iar în primul rînd spre actorii de cinema, cîntăreţii de muzică uşoară sau actorii de teatru.

Adolescenta în această fază leagă prietenii foarte strînse cu colege de aceeaşi vîrstă şi îşi caută printre ele o prietenă căreia să-i încredinţeze cele mai mici secrete şi de care crede că nu se va despărţi niciodată. În raport cu particularităţile individuale ale celor două adolescente, prietenia lor poate avea o influenţă favorabilă sau defavorabilă asupra evoluţiei şi maturizării lor afective şi implicit asupra vieţii lor sexuale.

În unele cazuri, două adolescente devin prietene intime cu scopul nemărturisit de a se sprijini reciproc sau, mai rar, unilateral, în întîlnirile cu băieţii. În aceste condiţii, susţinîndu-se reciproc, au mai mult curaj pentru unele comportări pe care n-ar îndrăzni să le aibe singure şi uneori afişează o cochetărie agresivă cu o vestimentaţie bizară, excentrică, foarte minimă, la o observaţie mai atentă părînd mai mult rivale decît prietene, ilustrîndu-şi astfel feminitatea în devenire.

În această perioadă fetele încep să se intereseze de băieţii de aceeaşi vîrstă cu ele, însă, cel mai frecvent de cei din clasele mai mari, timiditatea sau chiar sentimentul de inferioritate pe care-l aveau unele din ele în timpul copilăriei făcînd loc într-un mod mai mult sau mai puţin vizibil unei tendinţe de apropiere de băieţi, de căutare a prezenţei acestora, fiecare din ele descoperind mai devreme sau mai tîrziu atracţia pe care o au pentru băieţi sau chiar pentru bărbaţi adulţi.

În această etapă de trezire a sexualităţii, adolescenta dă uneori dovadă de o mare uşurinţă în aprecierea critică, judicioasă, obiectivă a unor comportamente. Cu toate acestea, cochetăria şi dorinţa de a fi în apropierea băieţilor se menţin la nivelul unei stări afective intense, fără implicaţii sexuale. În alte cazuri, afişîndu-şi puterea de seducţie, cu mai multă sau mai puţină abilitate şi pricepere, adolescenta cel mai frecvent se îndrăgosteşte de un tînăr la care vede toate calităţile la superlativ şi foarte rar sau prea tîrziu numeroasele defecte. După o perioadă de dragoste înflăcărată, reciprocă sau unilaterală, sentimentele încep să scadă în intensitate, cel mai frecvent băiatul avînd tendinţa de părăsire a cuplului şi astfel adolescenta cunoaşte experienţa amară a primei decepţii în dragoste.

După o perioadă de criză afectivă cu lacrimi şi destăinuiri, tînăra fată uită, fiind din nou gata a-şi dărui afecţiunea altui băiat. De data aceasta

Scanned with OKEN Scanner

însă, pe baza experienței anterioare, va fi mult mai atentă, circumspectă chiar, dozîndu-și cu grijă sentimentele și dînd dovadă de mai mult simț critic.

În aceste faze dificile din viața adolescentei, un rol important revine familiei și în primul rînd mamei, care, cu mult tact, afecțiune, solicitudine și răbdare prin autoritatea morală a poziției de mamă și prin înțelepciunea pe care i-o conferă experiența de viață, poate și trebuie să acționeze astfel ca aceste mici întîmplări sentimentale, mai mult sau mai puțin grave, să nu evolueze spre situații conflictuale dramatice, care să lase o amprentă sau chiar o amputare a patrimoniului afectiv și așa foarte fragil al adolescentei, cu implicații deosebit de grave pentru viitoarea femeie, ca soție și mamă.

Evoluția pubertății la băieți diferă foarte mult de cea a fetelor. Modificările organelor genitale, frecările întîmplătoare ale penisului și ejaculările onirice nocturne îl fac conștient de aceste schimbări anatomo-funcționale. Această plăcere pe care i-o oferă atingerea întîmplătoare a penisului, nu rareori adolescentul este tentat să și-o ofere în mod voluntar prin autoerotizare, masturbîndu-se. Adolescentul tensionat pe de o parte de modificările endocrine, iar pe de altă parte de informațiile pe care le recepționează prin cele mai diverse căi de la colegi sau adulți, din lecturi, filme, spectacole etc., asupra plăcerilor pe care le oferă contactul sexual, începe cu din ce în ce mai puțină timiditate să se intereseze de o posibilă parteneră. Uneori, dorința această obsedantă îl aruncă în brațele unor femei decăzute moral, cu tendință la pedofilie, nu rareori mai în vîrstă chiar decît mama adolescentului. De asemenea sînt și situații cînd tînărul se îndrăgostește de o fată căreia îi acordă întreaga afecțiune, idealizînd-o, dar în același timp întreținînd relații sexuale cu o altă femeie.

Acest comportament ilustrează o anumită perioadă din viața a numeroși adolescenți care într-o contemplare romantică atribuie cele mai excepționale calități fetei de care s-au îndrăgostit. În multe cazuri împăcarea acestor aspirații romantice, idealizante, cu dorințele sexuale se rezolvă prin contractarea unor căsătorii precoce, nu întotdeauna cele mai indicate și cele mai trainice.

De obicei, educația primită la școală îl obișnuiește pe adolescent să privească fetele de aceeași vîrstă cu el ca pe niște colege sau chiar ca pe niște rivale în competiția pentru obținerea unor note cît mai bune la învățătură. Participarea la excursii, reuniuni la care se dansează, jocuri pe plajă sau în apă etc. îl fac pe adolescent să descopere la fetele de o vîrstă cu el sau la colegele lui de școală atributele feminității pe care pînă acum le remarcase numai la fete sau femei mai în vîrstă ca el. În unele cazuri și din nefericire nu puține la număr, la adolescenții cu carențe de educație se observă o absență a respectului pentru valorile morale și o goană debordantă după legături efemere, lipsindu-i pe plan psihic, la o vîrstă tînără, de acele stări afective sublime ce caracterizează acest sentiment profund uman, dragostea. Acești „mici Don Juani" hibrizi, efemeri, neștatornici și foarte labili psihic, cu o gamă de reacții paradoxale, mergînd de la cinism și brutalitate pînă la lașitate și minciună, sînt angrenați uneori, într-o serie de aventuri amoroase, producînd suferințe și regrete fetelor și femeilor, care cu mai puțină experiență și pregătire pentru viață au văzut

în impertinenţa acestora un atribut al virilităţii sau al „bărbăţiei" juvenile. Din rîndul acestor tineri amputaţi afectiv se recoltează fauna mizeră a seducătorilor, a taţilor nelegitimi, a tiranilor din numeroase familii, a paraziţiilor sociali trăind din exploatarea muncii femeii, soţie, amantă, mamă sau bunică.

Valul de erotism şi pornografie produce o adevărată poluare morală a tineretului din numeroase ţări capitaliste prin difuzarea anuală a zeci de milioane de reviste şi publicaţii pornografice. Faţă de această situaţie cercuri largi ale opiniei publice din numeroase ţări şi-au manifestat protestul şi dezaprobarea împotriva acestui flagel deosebit de nociv pentru tineret.

Un rol important în comportamentul tinerilor revine politeţei definită cu un termen aproape tehnic „lubrefiantul" minunatului mecanism al societăţii omeneşti. Printre atributele care ilustrează politeţea se menţionează atitudinea demnă, un limbaj îngrijit, o îmbrăcăminte corectă, curată, o comportare reverenţioasă, plină de curtoazie în relaţiile cu alte persoane. Depinde în mare măsură de femei şi de fete, felul cum se comportă cu ele bărbaţii tineri sau adulţi. Deseori o atitudine de bravadă, o purtare degajată, ieşită din convenienţele cotidiene poate determina o dispariţie rapidă a acelei distanţe ce înconjoară protector pe tînăra fată sau femeie în cadrul relaţiilor interumane cu bărbatul. Politeţea cere ca tînărul sau bărbatul adult să menajeze, să ocrotească fata sau femeia, să-i asigure condiţiile cele mai frumoase şi mai confortabile în toate ocaziile şi în cele mai diverse situaţii.

Un aspect neplăcut în relaţiile interumane îl prezintă anecdotele pe teme sexuale. În cazul unor deficienţe de educaţie, aceste glume pot degenera în manifestări verbale cu caracter obscen. În aceste situaţii deseori se debitează banalităţi sau fenomene biologice, îngroşîndu-se în mod voit ceea ce este dizgraţios şi deformîndu-se lucrurile naturale într-un mod scabros.

Dacă se consideră dragostea ca o manifestare specific umană, rezultă că este absolut necesară o educaţie adecvată pentru realizarea în condiţii optime a acesteia. Educaţia va viza dezvoltarea unor calităţi psihice, morale, etice, intelectuale etc., care să permită asigurarea respectului reciproc şi a autorespectului partenerilor. Procesul de autoeducaţie trebuie să întregească şi să înlocuiască educarea tinerilor de către alţii. Acest proces educativ poate avea loc în familie, în colectivele de muncă, în organizaţiile de tineret etc. Nu sînt rare cazurile cînd tinerii cu deprinderi parazitare şi obiceiuri proaste caută prozeliţi ilustrînd o manifestare egoistă, pentru a nu fi puşi în situaţia de a constitui numai ei un exemplu negativ în faţa opiniei publice. În şcoli şi universităţi, între colegi şi colege, se fac deseori reproşuri că unii prea sînt silitori la învăţătură, că sînt prea „tocilari", că nu participă la diverse reuniuni distractive, dansante, că unele fete se lasă mai greu mîngîiate de către colegii lor etc. În aceste cazuri, o bună educaţie poate garanta găsirea unui comportament adecvat.

În procesul autoeducaţiei intervin numeroşi factori, autoeducaţia însemnînd de fapt un exerciţiu permanent, o bună igienă personală, folosirea judicioasă a timpului de muncă şi odihnă, un răspuns eficient la diverse solicitări cotidiene, favorizînd însuşirea unui comportament adecvat şi o creştere a exigenţelor şi respectului faţă de propria persoană. Cu

Scanned with OKEN Scanner

toate acestea, sînt tineri care nu reușesc să refuze oferta unei țigări, care nu îndrăznesc să ceară un pahar de citro sau pepsi, atunci cînd colegii lor consumă lichior, coniac sau alte băuturi alcoolice, de teama de a nu fi ironizați de ceilalți.

Procesul acesta educativ nu constă numai în acumularea de diverse cunoștințe, ci și în crearea anumitor deprinderi adecvate care să asigure o comportare corectă a tinerilor unii față de alții, un respect reciproc și o atitudine etică față de viață și de muncă. Trebuie să se țină seamă că exemplele pe care copiii și tinerii le văd în jurul lor reprezintă principalul mijloc de educație, ele neputînd fi înlocuite nici de îndemnuri, nici de discuții.

În mod obișnuit, în limbajul cotidian, în vorbirea curentă, deși prezintă diferențe foarte mari ca intimitate, relațiile dintre sexe sînt denumite cu cuvîntul „dragoste".

În cadrul restrîns al preocupărilor legate de igiena sexuală, noțiunea de „dragoste erotică" are o gamă de nuanțe care o definesc, începînd de la așa-numita „dragoste platonică", pînă la „pasiunile dezlănțuite".

La om, se apreciază că această stare afectivă apare producînd frămîntări psihice deosebite, trăiri afective intense, modificări ale conștiinței, trăiri imaginare etc. [71].

Se consideră că noțiunea de iubire are două aspecte : un aspect biologic și un aspect social. Aspectul biologic, cunoscut și sub denumirea de „motivație sexuală", constituie o forță puternică care apropie doi parteneri heterosexuali.

Aspectul social este ilustrat de conștiința fiecărui individ, de trăirile afective, de preferințe, de modalitățile foarte diverse în care se manifestă viața erotică a fiecărei persoane.

În ceea ce privește motivația sexuală, aceasta este mai intensă în perioada pubertății, dezvoltîndu-se progresiv pe măsură ce funcția glandelor genitale devine mai activă. Motivația sexuală are ca scop conservarea speciei care se face prin reproducere.

În general, în discuțiile tinerilor privind relațiile heterosexuale, aceștia menționează că se doresc unul pe altul, că le este dor de un om care să-i înțeleagă, să-i stimuleze, să-i consoleze, să fie optimiști, să-i facă fericiți. Tinerele și tinerii spun că se bucură cînd dansează împreună, simt plăcerea de-a fi unul lîngă celălalt, privesc cu încîntare comportările, mersul, gesturile, mișcările celuilalt etc. Ei declară că se simt fericiți, să fie în intimitatea celuilalt, să-l ia de mînă, să-l mîngîie, să-l sărute și la rîndul lor să fie răsplătiți cu aceleași atenții.

Omul are reprezentări clare asupra motivației sexuale, asupra scopului dorințelor sale erotice, a modalităților de satisfacere a acestora, precum și asupra menifestărilor comportamentale pe care le va avea pentru a putea fi fericit. Deși reproducerea umană, în imensa majoritate a cazurilor, este imposibilă fără relații sexuale, oamenii cînd fac dragoste nu se gîndesc întotdeauna în mod exclusiv la procreere. Se apreciază că la om importanța acestui eveniment „dragostea" depășește importanța pe care o prezintă conservarea speciei umane [71].

Scanned with OKEN Scanner

Progresul ştiinţei, în general şi al medicinei în special, a făcut posibilă o delimitare a dragostei „erotice", de procreere prin utilizarea numeroaselor metode, unele din ele fiziologice, de evitare a fecundării.

În aceste condiţii se poate spune că reproducerea umană, respectiv procesul de procreere devine un act perfect conştient, la realizarea lui contribuind dorinţa femeii şi a bărbatului de a avea copii, fiind convinşi că o viaţă fără copii este goală, lipsită de fericire. Este recomandabil ca o tînără să-şi întemeieze o familie, bazată pe dragoste, prin căsătorie cu un bărbat tînăr pe care-l iubeşte, îl respectă şi care poate fi viitor tată al copiilor săi.

Recomandarea se adresează în egală măsură şi tînărului care-şi alege ca soţie o fată tînără, iubită, demnă de respect, viitoare mamă a copiilor săi. Existenţa unor cazuri de maternitate fără dragoste, fără afecţiune între parteneri, precum şi existenţa unor relaţii sexuale fără maternitate, ilustrează importanţa ce trebuie acordată de către tineri aspectelor arătate anterior.

Tinerii menţionează deseori, în perioada ce precede căsătoria, trăirea unui sentiment de fericire, care constă în încrederea reciprocă a celor doi parteneri, în conştiinţa fiecăruia de a nu mai fi singur, de a găsi în celălalt un prieten apropiat, dorinţa de întemeiere a unui cămin.

Atributele tinereţii, farmecul, prospeţimea, spontaneitatea, optimismul, încrederea, entuziasmul şi dragostea de viaţă constituie factori cu importante implicaţii. în comportamentul sexual al tinerilor. Frămîntările şi grijile unor tineri şi tinere înzestraţi de natură cu mai puţină armonie a formelor ce caracterizează frumuseţea sînt inutile, fiecare persoană avînd o serie de trăsături unice, care, puse în valoare, o pot face atrăgătoare sau chiar frumoasă, în cea mai largă accepţiune a cuvîntului.

Să nu se uite că mobilitatea facială, expresia privirii şi frumuseţea zîmbetului pot exterioriza trăiri afective intense, o inteligenţă vie, dragostea de viaţă estompînd pînă la anihilare o urîţenie de multe ori închipuită. În schimb, egoismul şi îngîmfarea, lipsa de entuziasm şi afecţiune pot transforma o frumuseţe de afiş într-un manechin inapt pentru angajarea unui dialog sincer, nereceptiv şi inaccesibil oricărei trăiri afective.

Diverse studii au arătat o creştere a probabilităţii întreţinerii unor relaţii sexuale înaintea căsătoriei ; de asemenea se constată o creştere a probabilităţii unor relaţii sexuale în primii ani ai adolescenţei [97].

VIAŢA SEXUALĂ LA TINERI ŞI UNELE IMPLICAŢII MEDICO-SANITARE PREGĂTIREA TINERILOR PENTRU CĂSĂTORIE

S-a constatat că între maturitatea psihică şi maturitatea sexuală a fetelor şi băieţilor există un decalaj de cîţiva ani. Impulsul sexual la fete are un alt specific, o altă caracteristică comparativ cu cel al băieţilor. Fetele au o anumită delicateţe, tinzînd în general mai tardiv către actul sexual, în timp ce tinerii trecuţi de 18 ani, tind către o deconectare sexuală legată mai ales de o descărcare hormonală [71].

Scanned with OKEN Scanner

Pentru rezolvarea acestei probleme sexuale dificile s-au făcut diverse propuneri, ca, de exemplu, realizarea unor căsătorii timpurii, sperîndu-se că în acest caz se vor reduce relațiile sexuale cu schimbări foarte frecvente de parteneri. S-a adus ca argument faptul că după o experiență generală fetele de 18—19 ani care nasc pentru prima dată fac copii sănătoși. Față de aceste păreri există numeroase argumente contrarii. Nu trebuie să se uite că acești tineri care vor să-și întemeieze o familie trebuie să studieze, să-și însușească o profesie, iar apariția unui copil poate deregla activitatea profesională a mamei timp de circa un an și jumătate din cauza sarcinei, nașterii și perioadei de alăptare.

În legătură cu viața sexuală s-au formulat următoarele întrebări cu răspunsurile de rigoare (R. Neubert, 1962) :

Fete

1. Este dăunător devreme ? Da
2. Este dăunător tîrziu ? Nu
3. Este folositor devreme ? Nu
4. Este folositor tîrziu ? Da

Băieți

1. Este dăunător devreme ? Nu
2. Este dăunător tîrziu ? Nu
3. Este folositor devreme ? Nu
4. Este folositor tîrziu ? Da

1. Este dăunătoare devreme viața sexuală la fete ? Da.

Începerea unei vieți sexuale devreme duce la o deviere a preocupărilor fetei spre relații sexuale. În aceste condiții se observă o reducere a preocupărilor pentru pregătirea profesională și o creștere a preocupărilor pentru o cît mai intensă viață sexuală în cele mai multe cazuri cu parteneri multipli. Această schimbare rapidă uneori a partenerilor duce la degradarea sentimentului de dragoste, psihologia acestor tinere apropiindu-se de aceea a unor femei cu cîteva decenii mai în vîrstă și cu o experiență de viață nereușită. Aceste tinere, devenite femei înainte de vreme, vor resimți pe plan psihic toată viața absența unei adolescențe adecvate. În cazul cînd devin mame, dezvoltarea fizică este mult încetinită.

2. Este dăunătoare tîrziu viața sexuală la fete ? Nu.

Începerea vieții sexuale tîrziu nu este dăunătoare pentru o fată, dezvoltarea organismului acesteia, în ansamblu, nesuferind tulburări. Nu trebuie confundată această problemă cu alta, dacă o fată trebuie să rămînă fată pentru totdeauna. Numai maternitatea este aceea care transformă pe fată în femeie. O fată nu devine cu adevărat femeie prin simplul contact sexual, ci numai atunci cînd devine gravidă, naște un copil, îl crește și îl educă.

O fată va trebui să întrețină relații sexuale numai cu acel tînăr pe care l-ar putea recunoaște ca tată al copiilor și pe care l-ar putea stima și dori ca soț. Dar o asemenea certitudine nu poate fi dobîndită în anii adolescenței, ci numai ceva mai tîrziu. Desigur că, o fată se poate înșela în această privință și mai tîrziu, chiar după 20 de ani, trebuie luate însă toate măsurile ca acest lucru să nu se întîmple.

Scanned with OKEN Scanner

3. Este folositoare devreme viața sexuală la fete ? Nu.

Nu este folositor ca o fată să înceapă viața sexuală devreme, întrucît activitatea glandelor endocrine se poate desfășura și fără acest început de viață sexuală.

4. Este folositoare tîrziu viața sexuală la fete ? Da.

Este folositor ca o fată să înceapă viața sexuală mai tîrziu, cînd organismul este dezvoltat, putîndu-se maturiza deplin cu toate caracteristicile pe care le presupune frumusețea feminină.

5. Este dăunătoare devreme viața sexuală la băieți ? Nu.

Tînărului nu-i dăunează începerea timpurie a vieții sexuale, îi pot fi dăunătoare însă excesele.

6. Este dăunătoare tîrziu viața sexuală la băieți ? Nu.

De asemenea nu este dăunător ca tînărul să-și înceapă viața sexuală mai tîrziu. Acest lucru este chiar avantajos atunci cînd trebuie să facă față unor probleme importante, ca, de exemplu, pregătirea lui profesională.

7. Este folositoare devreme viața sexuală la băieți ? Nu.

Nu este folositor pentru un tînăr dacă începe viața sexuală devreme, întrucît pentru majoritatea tinerilor de 14—18 ani nevoia aceasta nu este așa de mare, încît să nu poată fi stăpînită. Ea nu este imposibil de inhibat, dacă tînărul duce o viață organizată, fără excitații sexuale inutile. Se apreciază că în majoritatea cazurilor tinerii nu cîștigă nimic dacă încep foarte devreme viața sexuală.

8. Este folositoare tîrziu viața sexuală la băieți ? Da.

Este indicat și folositor ca tînărul să aștepte să înceapă viața sexuală mai tîrziu, după 18 ani. În general, acest lucru reprezintă un avantaj pentru tînăr, care nu va fi preocupat prea devreme de problemele sexuale și nu se va abate de la îndatoririle sale cele mai importate privind pregătirea sa profesională.

Reiese că pentru fete este recomandabil să-și amîne viața sexuală regulată pînă după vîrsta de 18—20 de ani [71].

Pentru tineri această amînare, de asemenea, nu este deloc dăunătoare.

Se consideră că viața sexuală se poate începe în momentul cînd s-a produs o maturizare somato-psihică a organismului.

Trebuie să ținem seama de acest lucru, întrucît viața sexuală începută prea devreme poate produce perturbări în dezvoltarea morfo-funcțională a organismului, prin stimularea precoce a secreției testiculare, ovariene și implicit tiroidiană și suprarenală. Se accelerează dezvoltarea caracterelor sexuale secundare, dezvoltarea somatică fiind diminuată, constatîndu-se perturbări, în special, la nivelul cartilagiilor de creștere.

În plus, direcționarea activității nervoase spre aspectele sexuale, diminuează dezvoltarea și maturizarea pe plan psihic, interesînd unele funcții cu importanță deosebită pentru activitatea instructiv-educativă, ca : atenția, memoria, gîndirea logică etc.

S-a recomandat ca această activitate sexuală să se înceapă numai în cazul unei depline maturizări, ceea ce corespunde la 21—25 ani la băieți, iar la fete la 18—22 ani [71].

Atitudinea față de comportamentul sexual al diferitelor persoane și față de activitatea de procreere variază foarte mult de la o colectivitate

Scanned with OKEN Scanner

la alta şi, de asemenea, de-a lungul timpului. Acest aspect este valabil şi pentru comportamentul sexual al adolescenţilor.

Mai trebuie menţionat că, în special, în centrele populate urbane adolescenţii au trebuit să se adapteze la un ansamblu de relaţii interpersonale mult mai largi şi mult mai complexe decît acelea pe care le-au cunoscut tinerii în trecut. Deseori ei fac aceste legături interpersonale fără a fi întotdeauna ghidaţi în modul cel mai corespunzător şi în multe cazuri ajung să adopte modelul de comportament pe care-l au la dispoziţie în mediul social în care trăiesc şi lucrează. Aceste modele au uneori obiceiuri şi comportamente bizare, de multe ori discutabile sau chiar nocive, contribuind adesea la sustragerea adolescenţilor de sub influenţa adulţilor şi a mediului familial. Relaţiile interumane între tineri şi tinere se realizează în cadrul procesului instructiv-educativ, în învăţămîntul liceal, universitar şi bine-înţeles în producţie.

De cele mai multe ori, participarea părinţilor la selectarea cunoştinţelor, prietenilor sau prietenelor este inexistentă. Sînt cazuri, mai rare cînd tineri sau tinere îşi invită acasă la ei prieteni sau prietene în prezenţa părinţilor, ascultînd şi părerea acestora, dar de cele mai multe ori acest lucru nu se întîmplă. În cadrul discuţiilor pe care le poartă tinerii între ei sau cîteodată tinerii cu adulţii se aminteşte frecvent de „dreptul la dragoste" al acestora [71]. Obligaţiile pe care le implică viaţa socială arată că fiecărui drept îi corespunde o îndatorire, astfel încît acest „drept la dragoste" presupune din partea tînărului sau tinerei îndatorirea de a iubi şi de a fi răspunzător faţă de celălalt partener. Enunţarea acestui drept şi obligaţia acestei îndatoriri de a iubi presupune o sinceritate absolută faţă de persoana iubită. A limita acest „drept la dragoste" la simplul contact sexual reprezintă o renunţare şi o poluare a tot ceea ce noţiunea de dragoste are mai frumos, mai sublim şi mai elevat, erotismul uman constituind mai mult decît o simplă satisfacere a motivaţiei sexuale prin actul copulator.

Principalul obiectiv al căsătoriei, al întemeierii unei familii trebuie să constea în dorinţa permanentă, reciprocă, atît a femeii cît şi a bărbatului ca printr-un comportament corespunzător din toate punctele de vedere, inclusiv cel sexual, să-şi ofere unul altuia o stare de fericire, de optimism şi mulţumire un timp cît mai îndelungat, într-o stare de sănătate cît mai perfectă.

Trebuie avută în vedere şi părerea, deseori greşită, care s-ar putea forma prin intermediul unor producţii literare şi cinematografice ce par a ilustra ideea facilă că prin căsătorie, indiferent cînd şi cum, se realizează o existenţă fără obligaţii, un adevărat „paradis" al dragostei. Tinerii trebuie să ştie de la început şi să fie pregătiţi că viaţa în familie constituie o problemă delicată, dificilă şi complexă, cu o dinamică proprie existenţei umane, avînd o mare parte de adevăr, afirmaţia, ce ar părea hazardată, a lui Balzac, care spunea: „Căsătoria este o ştiinţă". Ignorarea acestor aspecte poate duce la căsătorii nereuşite sau în derivă. Nu sînt rare cazurile cînd diferenţele de temperament, de educaţie, de preocupări ale partenerilor, de mediul social din care aceştia provin sau îşi duc activitatea creează contraste, care, agravate progresiv, pot genera stări conflictuale grave, ajungînd pînă la divorţ.

Scanned with OKEN Scanner

În evoluția relațiilor interumane legate de întemeierea unei familii se menționează că în matriarhat femeia căuta cucerirea bărbatului, în timp ce în patriarhat bărbatul este cel care caută să cucerească femeia.

În societatea contemporană, în care atît bărbatul cît și femeia au drepturi egale, în funcție de împrejurări, tînărul poate cere fata în căsătorie, dar și tînăra, în mod foarte deschis și sincer, poate avansa această cerere. În aceste cazuri, ambii componenți ai unei familii pot avea un rol activ în alegerea partenerului sau partenerei.

Această modalitate de comportament în realizarea unei căsnicii, diferă în funcție de diverse zone geografice, de apartenența la diferite grupe sociale, de obiceiuri, de tradiție etc.

În perioada care precede căsătoria, ambii parteneri caută să realizeze o cît mai bună cunoaștere reciprocă. Întrucît este vorba de alegerea unui partener sau partenere pentru o viață întreagă se impune o cunoaștere cît mai amănunțită a caracterului și personalității fiecăruia pe baza unei analize lucide, reciproce.

Tinerii vor alege cu atenție distracțiile, plimbările, căutînd să corespundă, cît mai mult dorințelor și preferințelor fiecăruia, încît să nu existe posibilitatea unor discordanțe sau neînțelegeri atît din partea fetei cît și a băiatului. Aceste tatonări comportamentale au un rol deosebit de important pentru armonizarea punctelor de vedere în dinamica familială, după întemeierea căsătoriei.

Ambii parteneri vor trebui să acorde o atenție particulară evitării unei tendințe egoiste unilaterale care poate genera discordanțe de păreri sau chiar stări conflictuale, cu antipatii reciproce. Totodată trebuie amintită necesitatea unei atitudini de bunăvoință, amabilitate și înțelegere față de opiniile celuilalt partener, căutîndu-se soluționarea părerilor pe bază de argumente logice, iar nu pe considerente de ambiții.

Se poate întîmpla ca în perioada care precede căsătoria relațiile dintre tineri să scoată la iveală deosebiri profunde în ceea ce privește concepția despre viață, despre familie, despre căsătorie etc., aspecte care au fost camuflate de prezența primelor manifestări de dragoste. În aceste condiții se recomandă o analiză atentă, lucidă a acestor divergențe și dacă este cazul să se recunoască deschis imposibilitatea întemeierii unei familii.

Tinerii vor putea rămîne buni prieteni, colegi sau tovarăși de muncă, dar nu parteneri pentru realizarea unei căsătorii care să reziste tuturor dificultăților pe care le implică dinamica vieții conjugale. Tinerii trebuie convinși că o adevărată cunoaștere reciprocă nu se poate realiza într-un timp scurt, într-o seară, la discotecă, la un spectacol, la dans etc., așa cum se întîmplă uneori și avînd ca rezultat apariția unor căsătorii pripite și de obicei foarte fragile.

În perioada aceasta de cunoaștere reciprocă, tinerii trebuie să acorde o atenție particulară comportamentului, vestimentației, punctualității etc. O cămașă curată, o haină bine călcată, un costum îngrijit pot favoriza interesul fetei. Să nu se uite că o prezentare neglijentă la întîlnire, cu o vestimentație dezordonată, nebărbierit poate fi apreciată ca o desconsiderare față de partenară. De asemenea, prezentarea fetei la întîlnire, nepunctuală, cu o vestimentație neadecvată, cu o coafură neîngrijită, cu o ținută

Scanned with OKEN Scanner

uneori excentrică, poate, de asemenea, să fie interpretată ca o atitudine de nepăsare, de indiferență față de băiat.

Tinerii trebuie să țină seama însă că multe din aceste manifestări reprezintă particularități secundare care se pot îndrepta și atenua pînă la dispariție în cadrul vieții familiale [71].

Nu trebuie uitat că în profilul moral al unei fete sau unui băiat esențialul nu va consta în defectele mai mult sau mai puțin minore ale partenerului sau partenerei, ci în prezența însușirilor într-adevăr pozitive ce intră în ecuația personală a fiecăruia din ei.

Din aceste considerente, este foarte necesar ca după ce s-au cunoscut, încă înainte de căsătorie, cei doi tineri care vor să-și întemeieze o familie să fie capabili ca în mod lucid, obiectiv, cu spirit critic să știe să diferențieze trăsăturile pozitive esențiale de cele negative, secundare, din personalitatea celuilalt.

Numai astfel, printr-o analiză critică, cît mai obiectivă, vor putea să-și dea seama dacă este posibilă convieţuirea unuia cu celălalt în cadrul organizat al instituției căsătoriei.

Scanned with OKEN Scanner

CĂSĂTORIA

Căsătoria definită ca o convieţuire liber consimţită a două persoane de sex opus, bazată pe o afecţiune reciprocă şi exclusivă şi încheiată cu respectarea dispoziţiilor legale în scopul întemeierii unei familii, reprezintă unul din evenimentele cele mai importante din viaţa unei persoane. Instituţia căsătoriei permite o rezolvare normală a vieţii sexuale, în condiţii optime, presupunînd renunţarea la manifestările mai mult sau mai puţin extinse ale libertinajului cu numeroase riscuri legate mai ales de posibilitatea îmbolnăvirilor prin afecţiuni venerice, viaţă sexuală neregulată, sarcini nedorite etc.

Instituţia căsătoriei trebuie să se bazeze în primul rînd pe o dragoste reciprocă a partenerilor, pe o armonie sexuală cît mai perfectă şi pe procrearea de descendenţi normali.

Aceasta implică rezolvarea a numeroase probleme afective, sexuale, educative, sanitare, culturale etc.

O importanţă deosebită în căsătorie revine armoniei sexuale şi durabilităţii acesteia. Ea reprezintă o obligaţie reciprocă a celor doi parteneri, care trebuie să dea dovadă de înţelegere şi bunăvoinţă, bărbatului revenindu-i în primul rînd rolul principal în iniţierea şi iniţiativa sexuală. Ca „educator" şi „îndrumător" al relaţiilor intime el are obligaţia de a satisface sexual soţia şi de a o cruţa de eforturile sexuale în cazurile de boală, în timpul sarcinii, menstruaţiei etc.

Adevărata căsătorie este întotdeauna monogamă, formată dintr-o singură femeie şi un singur bărbat. Bărbatul are responsabilităţi noi odată cu actul căsătoriei, el trebuind să renunţe voluntar la orice manifestări poligamice pe care le-a avut înainte de căsătorie. Ambii parteneri, bărbatul şi femeia, trebuie să acorde o deosebită atenţie evitării celui mai primejdios aspect al vieţii conjugale, care este monotonia şi blazarea sexuală, dezinteresul pentru perfecţionarea vieţii sexuale. Plictiseala în activitatea sexuală nu trebuie privită ca o fatalitate de care nu scapă nici o căsnicie şi nici nu poate fi evitată prin adulter repetat sau întîmplător.

Scanned with OKEN Scanner

Un factor important pe care se bazează căsătoria este reprezentat de iubirea reciprocă a partenerilor, ilustrată de afinități afective comune, stimă reciprocă și mai ales încredere. În cadrul căsătoriei are loc realizarea pe un plan superior atît a personalității bărbatului cît și a femeii, structura psiho-afectivă a fiecăruia din ei îmbogățindu-se prin calități preponderente la bărbat sau femeie. Astfel, femeia învață să fie mai obiectivă, mai logică în acțiunile sale, mai curajoasă și mai energică, iar bărbatul mai sensibil, mai plin de afecțiune, mai atașat, această osmoză subtilă, continuă, putînd avea influențe deosebit de favorabile pentru formarea personalității copiilor.

Cea mai importantă funcție a căsătoriei sau în orice caz una din cele mai importante este procreerea, care implică nu numai nașterea, ci și creșterea copilului în condiții de sănătate fizică, mintală și socială cît mai bună.

Acest lucru nu se poate realiza decît în cadrul unei căsătorii monogame fericite. Privarea femeii de menirea de a deveni mamă, constituie un act inuman, căsătoriile fără copii putînd fi considerate drept căsătorii neîmplinite.

Adevărații distrugători ai căsătoriei sînt, de fapt, căsătoriții de circumstanță. În multe cazuri cele două familii din care au provenit fiecare din parteneri pot constitui un factor favorizant în destrămarea noii familii pe cale de consolidare. Este recomandabil ca noii căsătoriți să nu trăiască în cadrul uneia dintre familiile din care provine fiecare din cei doi componeți. Noua familie trebuie să-și întemeieze o viață nouă, complet separată, în continuă consolidare, acordîndu-se familiei bărbatului și soției tot respectul și dragostea pe care le impune situația de copii față de părinți.

În cazul căsătoriilor timpurii, mai ales cele în care tinerii au sub 20 de ani, există riscul unei cunoașteri reciproce insuficiente și chiar a unei maturizări intelectuale și psihice incomplete, ce poate constitui un factor defavorabil în evoluția unei asemenea căsnicii.

Dacă în majoritatea cazurilor, în condiții de mediu social favorabil aceste inconveniențe sînt depășite, există totuși o seamă de situații în care se produce o dezorganizare a familiei cu urmări grave care afectează mai ales copiii. Întemeierea unei familii trebuie să țină seamă în primul rînd de pregătirea profesională a celor doi tineri.

Nu trebuie să se uite un adevăr fără echivoc : egalitatea femeii cu bărbatul începe odată cu integrarea acesteia în producție și creșterea competenței în cele mai diverse sectoare ale activității umane, „jumătatea bărbatului“ reprezentînd mai mult de jumătate din populația țării.

S-a spus despre familie că reprezintă o forță miraculoasă a naturii și a societății, ea constituind un colectiv plurivalent de inițiative și acțiuni. Factorii care contribuie la deteriorarea familiei trebuie anihilați cu grijă, întărindu-se bazele morale, etice și demografice ale acesteia și limitîndu-se posibilitățile de fragmentare prin crize conjugale stîrnite din diverse cauze.

Printre parametrii care asigură fericirea căsătoriei, un rol important revine dorinței de cunoaștere și mai ales de înțelegere reciprocă a ambilor parteneri. Acest lucru se poate realiza printr-un schimb continuu de idei, de gînduri, de afecțiune. Necesitatea unui limbaj adecvat pentru comunicarea acestor informații este incontestabilă, tăcerile diminuînd posibilită-

Scanned with OKEN Scanner

ţile de cunoaştere şi paralizînd modalităţile de înţelegere reciprocă. Omul ca fiinţă socială are nevoie de comunicare. Grijile, mai ales gîndurile, chiar cele mai grave, sînt suportate mai uşor atunci cînd ele sînt discutate, comunicate soţiei sau soţului.

Numeroase opere literare şi pelicule cinematografice asociază căsătoria cu cele mai sublime aspecte ale dragostei. Nu trebuie pierdut din vedere însă că existenţa unui cuplu constituie o delicată, complexă şi dificilă problemă de relaţii interumane. Uneori preocupări diferite impuse de specificul profesional al fiecăruia din soţi pot genera discordanţe sau stări conflictuale grave antrenînd chiar o dezorganizare a cuplului, de obicei partenerii învinuindu-se reciproc, fiecare susţinîndu-şi punctul de vedere. Alteori, înclinaţii şi preocupări similare sau adiacente întregesc şi consolidează existenţa cuplului, ilustrate de unele rezultate remarcabile, obţinute în cele mai diferite activităţi, începînd de la performanţe sportive şi terminînd cu realizările în domeniul ştiinţei, unele încununate cu premiul Nobel (Marie şi Pierre Curie, Irene şi Frederic Joliot-Curie). Unii bărbaţi şi unele femei cred că egalitatea în drepturi a ambelor sexe se referă numai la activitatea social-obştească şi la activitatea în producţie, în timp ce în familie, prerogativele depunerii unei activităţi mai puţin solicitante revin bărbatului. Se ştie că femeia se deosebeşte morfofuncţional de bărbat, că scheletul şi musculatura acesteia sînt mai slabe, că pe plan biologic femeia este aceea care asigură perpetuarea speciei umane, ea suportînd graviditatea, naşterea şi alăptarea copilului. Se uită că, în majoritatea cazurilor, femeia trebuie să se ocupe zilnic cu activitatea profesională, cu gospodăria şi cu creşterea şi educaţia copiilor. Este un fapt de cunoştinţă comună că munca în gospodărie a femeii nu este legată de particularităţile biologice ale acesteia, bărbatul avînd obligaţia să o ajute în această activitate, uneori deosebit de obositoare. Se ştie că bărbaţii pot găti tot aşa de bine ca şi femeile (cei mai renumiţi bucătari sînt bărbaţi !), pentru a nu vorbi de celelalte activităţi gospodăreşti, ca, de exemplu, curăţenie, încălzit etc. la care, de asemenea, pot participa cu eficienţă.

Căsătoria a două persoane reprezintă o schimbare fundamentală în existenţa acestora. Căsătoria impune o adaptare la noi condiţii de viaţă şi o remodelare a două personalităţi distincte cu caracteristici individuale, temperamentale şi comportamentale, cu înclinaţii, preocupări şi chiar pasiuni deseori foarte diverse. Viaţa în comun permite în timp descoperirea treptată a acestor trăsături individuale a acestor diferenţe comportamentale, care, în funcţie de personalitatea soţilor se pot estompa sau dimpotrivă exagera. S-a scris şi s-a vorbit foarte mult despre o noţiune, un cuvînt aproape magic, fără de care nu se poate concepe viaţa în doi, despre dragoste. S-a asimilat esenţa dragostei cu dăruirea a tot ce un om are mai bun, fără a cere nimic în schimb. Conţinutul noţiunii a creat numeroase confuzii, răspîndită fiind şi ideea greşită că acest nobil sentiment este sinonim cu satisfacţia sexuală, în absenţa unor legături afective, a respectului, a încrederii reciproce a partenerilor.

S-a definit dragostea ca o legătură psiho-fiziologică între două fiinţe umane. Fenomenul este foarte complex, poate tocmai de aceea că este foarte uman. S-a spus că în orice dragoste este tendinţa de contopire atît

Scanned with OKEN Scanner

corporală cît şi ca destin cu o altă persoană de sex opus, dotată cu calităţi cel mai frecvent excepţionale, etichetate după criterii extrem de subiective.

Caracteristicile vieţii moderne duc la o solicitare din ce în ce mai intensă a psihicului contemporanilor noştri. Pentru amortizarea acestei presiuni ambientale s-a spus că organismul uman reacţionează printr-o diminuare a trăirilor emotive, oarecum raţionalizîndu-le. Totodată, epoca în care trăim se caracterizează printr-un mai mare grad de atracţie pentru o pregătire profesională superioară, pentru o perfecţionare a instruirii, pentru o participare cît mai largă la activităţile culturale şi social-obşteşti. Alături de aceste aspecte, care condiţionează formarea personalităţii omului contemporan, un rol important revine acestui sentiment uman care este dragostea.

În condiţiile societăţii socialiste, mutaţiile survin şi în sferă afectivă, în realizarea cuplurilor heterosexuale. Este interesant de menţionat că unele studii de sociologie efectuate în U.R.S.S. au arătat că 70—80% din căsătorii se fac din dragoste sau din atracţie reciprocă, 15—20% după şablon, plecîndu-se de la raţionamentul că : „dacă toată lumea se însoară sau se mărită trebuie să mă însor sau să mă mărit şi eu“ şi 3—4% se fac din calcul, pe baza altor criterii.

După cum se observă din această statistică, dragostea se situează drept cauza principală în realizarea căsniciilor.

În legătură cu dragostea se citează o observaţie indiană veche, care spune că atracţiile oamenilor au trei izvoare : sufletul, mintea şi trupul. Prin atracţia sufletelor ia naştere prietenia ; prin atracţia minţii ia naştere respectul ; prin atracţia trupului ia naştere dorinţa. Dragostea ca forţă supremă a iubirii umane ia naştere prin contopirea celor trei atracţii. Dar, nu trebuie să uităm că este mai greu de găsit un partener şi o partenară pentru dragoste din „trei verigi“ decît pentru o dragoste din „o singură verigă“.

O problemă care se pune frecvent atît tinerilor cît şi adulţilor, cu implicaţii deosebite în dinamica vieţii în doi, este „durata“ sau „longevitatea“ dragostei. Se pare că aceasta se poate prelungi pînă la vîrste matusalemice, dacă ea este bazată pe prietenia şi preţuirea reciprocă a partenerilor.

Contopirea acestor două sentimente profund umane, dragostea şi prietenia, constituie baza cea mai solidă a trăiniciei căsătoriei.

S-a mai asimilat dragostea cu talentul şi aşa cum nu toată lumea are talentul de a fi pictor sau scriitor, s-a emis ipoteza că nu toţi oamenii sînt capabili să iubească cu maxim de intensitate. În cele mai multe cazuri, după o perioadă de longevitate mai mult sau mai puţin îndelungată, în locul dragostei, trăinicia căsniciei începe să fie condiţionată din ce în ce mai mult de prietenie, simpatie, obişnuinţă, de obligaţiile faţă de copii, de preocupările pentru creşterea şi educaţia acestora etc. Se pare că din ce în ce mai mult reuşita sau nereuşita unei căsnicii depinde de concordanţa şi însuşirile spirituale ale celor doi parteneri. O concordanţă de sentimente, de caractere, de temperamente, de trăiri afective, de idealuri, de interese, obiceiuri etc. constituie elemente care favorizează reuşita unei căsnicii.

Societatea noastră socialistă a permis o perfecţionare a acestui nobil sentiment care este dragostea, eliberînd-o de inegalităţile sociale, de ipo-

Scanned with OKEN Scanner

critele calcule materiale, de meschinele prejudecăţi naţionale şi religioase. Egalitatea în drepturi a femeii a generat o bază psihologică solidă pentru realizarea egalităţii în dragoste.

Este interesant de menţionat în ceea ce priveşte divorţurile că după unele studii efectuate în U.R.S.S., acestea aveau frecvenţa cea mai mare în republicile cel mai intens urbanizate şi anume în cazurile cînd nivelul de pregătire profesională al femeilor era superior celui al soţiilor. În 60—80% din cazuri, în aceste situaţii femeia era cea care solicita desfacerea căsătoriei. În locul clasicei formule „nepotrivire de caracter" în unele cazuri ar fi mai potrivită formula „nepotrivire de nivel profesional" sau „nepotrivire de nivel de instruire al partenerilor". Se pare că femeia contemporană este din ce în ce mai exigentă faţă de nivelul de instruire al soţului, iar existenţa unor carenţe de pregătire profesională cu decalaje prea mari în defavoarea soţului constituie un factor de risc deosebit de important pentru reuşita unei căsnicii.

A forma o familie înseamnă a armoniza deprinderile, caracterele şi exigenţele a două fiinţe. Idealul pe care şi-l face un bărbat sau o femeie despre relaţiile dintre sexe, în general, şi despre căsnicie, în special, constituie un parametru destul de sensibil al particularităţilor conştiinţei acestora. Acest ideal etic legat de căsnicie implică o profundă trăire afectivă care poate atinge culmile sublime ale fericirii în cazurile reuşite sau trăiri de un tragism greu de suportat în cazurile de insucces, de nereuşită. Instituţia căsătoriei se bazează pe doi oameni : un bărbat şi o femeie, fiecare cu o personalitate proprie, cu calităţi şi defecte.

În cazul cînd căsnicia s-a bazat pe dragoste şi încredere reciprocă, deosebirile caracteristice se vor armoniza fără a şterge personalitatea fiecăruia din soţi, remodelîndu-se şi adaptîndu-se fiecare acestui nou mod de viaţă, aspect exprimat plastic prin denumirea de „căsătorie reuşită". Atunci cînd, dimpotrivă, căsnicia s-a bazat pe interese materiale, uneori foarte meschine, ea devine un fel de „coexistenţă paşnică" în doi, care poate dura o viaţă întreagă sau se poate transforma într-un adevărat „război" cu participarea rudelor şi chiar a prietenilor şi cunoscuţilor ambelor tabere, destrămîndu-se mai mult sau mai puţin rapid şi sfîrşindu-se prin divorţ cu inevitabilul diagnostic „nepotrivire de caracter".

Sînt femei care, datorită unei educaţii inadecvate, alimentate de prejudecăţi, crezînd că astfel îşi apără liniştea şi integritatea căsniciei acceptă orice atitudini, fapte, păreri sau capricii ale soţului, evitînd cu grijă să-şi spună părerea, să aprecieze critic o situaţie. Această renunţare voluntară la personalitatea lor, departe de a întări căsătoria, o subminează într-un mod foarte subtil şi perfid, ea constituind o ilustrare a lipsei de sinceritate, o absenţă a dragostei faţă de soţ, o penibilă lipsă de autorespect şi un abandon al răspunderii ce revine femeii în complicatul mecanism al căsniciei.

Gelozia este întîlnită adesea, mai ales în căsniciile în care teama, neîncrederea şi suspiciunea soţilor creează o ambianţă care în loc să consolideze o căsătorie, deseori ajunge să o dezorganizeze. Cu toate că acest sentiment s-a considerat ca un atribut al dragostei, se poate spune mai degrabă că gelozia apare acolo unde nu există o dragoste adevărată, ci mai mult o mimare a acestui sentiment nobil. În cazul unei manifestări

Scanned with OKEN Scanner

sporadice, legate de fapte reale sau imaginare, acest sentiment de neîncredere poate fi relativ bine suportat de persoane cu o structură psihică mai maleabilă, mai înțelegătoare. În schimb atunci cînd ia forme obsedante, patologice, ambianța familiară devine deseori un adevărat supliciu, ducînd la destrămarea familiei. Cel mai des se întîlnesc forme mai „simple", caracterizate prin suspiciuni periodice care însă constituie importante elemente de disconfort în ambianța psihică a căsniciei. În general, aceste manifestări se constată mai frecvent la cuplurile tinere, căsătorite de puțin timp și care nu au avut prilejul să se cunoască mai bine din punct de vedere psihoafectiv. De asemenea, acest sentiment este favorizat de existența unor discordanțe între vîrsta biologică a partenerilor, cînd de obicei cel mai în vîrstă îl suspectează pe cel tînăr, sau de diferențe mari în ceea ce numim în mod obișnuit „frumusețe", cînd partenerul mai puțin dotat cu acest atribut îl suspectează pe celălalt. Acest aspect este agravat de faptul că pentru partenerul gelos orice persoană de același sex cu el constituie în perspectivă un factor de suspiciune, o amantă sau un amant virtual. Cele mai neînsemnate manifestări de politețe, gesturi, mimică, zîmbete, impuse de ambianță, și convenințele sociale constituie un prilej pentru declanșarea crizelor de gelozie cu exteriorizări uneori penibile. În unele cazuri, atît bărbații cît și femeile se complac în această ipostază de „soț sau soție adorată", căutînd în mod voluntar crearea de situații echivoce care să mențină starea de gelozie a celuilalt.

Uneori, datorită geloziei, familia trebuie să-și restructureze chiar modul de viață, să-și schimbe prietenii, să renunțe la numeroase relații de prietenie, să devină un fel de claustrați în mijlocul mediului social în care trăiesc. În situații conflictuale și mai grave se ajunge acolo încît pentru „urmărirea" partenerului presupus „infidel" sînt antrenate persoane din familie, părinți sau chiar rude mai îndepărtate, prieteni și cunoscuți și, nu rareori, copiii devenind și ei complici involuntari, victime ale unor manifestări bolnăvicioase ale geloziei. Se poate spune că gelozia ilustrează mai degrabă inexistența unei încrederi, în ultimă instanță a dragostei. Absența încrederii în persoana iubită deteriorează suportul dragostei, făcînd-o extrem de labilă. Fără încredere nu se poate concepe existența dragostei în familie. Afecțiunea a două persoane poate suferi oscilații ca intensitate, însă ea nu poate persista fără o încredere reciprocă. Apariția sentimentului de gelozie ilustrează o senzație ambiguă de semiîncredere. Partenerul expus „supliciilor" geloziei, în raport cu structura sa psihologică se poate resemna, se poate revolta sau se poate ascunde sub paravanul minciunii, pentru a-și asigura un minim de „libertate", de mișcare, în ambianța în care trăiește.

Dragostea sinceră, constituind principala bază a căsniciei, trebuie să beneficieze de o încredere reciprocă a ambilor soți, de respect, de recunoașterea calităților morale ale celui drag, care să permită dezvoltarea și perfecționarea personalității fiecăruia din parteneri, în majoritatea cazurilor diferiți, fiecare om avînd o istorie unică și irepetabilă. O „dragoste" egoistă, acaparatoare, atribut important al sentimentului de gelozie, a reușit în numeroase cazuri să distrugă căsnicii foarte promițătoare sau chiar fericite inițial.

Scanned with OKEN Scanner

Iubirea este un sentiment foarte subtil, care implică înainte de toate demnitate și încredere în oameni. Căsătoria trebuie să se bazeze pe dragoste, pe înțelepciune, pe toleranță, pe dăruire fără rezerve, pe încredere și prețuire reciprocă atît din partea bărbatului cît și a femeii. Stîngăciile și greșelile inerente oricărui început trebuie analizate cu curaj, sinceritate și înțelegere din partea ambilor soți.

Ambiția, intoleranța, prejudecățile, capriciile, ignoranța, superficialitatea, egoismul, gelozia, lașitatea, minciuna și carențele de educație sexuală constituie principalii factori care subminează acest edificiu foarte sensibil care este căsnicia.

Scanned with OKEN Scanner

COMPORTAMENTUL SEXUAL

Societatea umană a contribuit în mare măsură la influenţarea sexualităţii prin existenţa unor norme juridice, etice şi morale. Perfecţionarea actului sexual a constituit subiectul a numeroase studii apărute încă din antichitate. În cele mai multe din ele, într-un mod explicit sau voalat, sfaturile şi exemplele care sînt prezentate, recomandările de comportament, toate converg spre realizarea unei mai mari voluptăţi, a unor senzaţii erotice intense sau a unor trăiri afective deosebite.

Numeroasele lucrări care abordează problemele sexuale, exceptînd pe cele pornografice, lipsite de valoare ştiinţifică, etică şi igienică, insistă asupra necesităţii „învăţării" dragostei, în vederea realizării unor contacte sexuale optime şi mai ales pentru evitarea unor neconcordanţe între componenţii cuplului cu consecinţe uneori grave (frigiditate, impotenţă, sterilitate etc.).

Realizarea unei armonii sexuale a partenerilor are implicaţii de ordin social, cunoscîndu-se numeroase cazuri de căsnicii degradate sau distruse din cauza dezamăgirilor şi inconsecvenţelor survenite în viaţa sexuală a cuplului. Marea diversitate psihosomatică a indivizilor face necesară existenţa unei perioade de adaptare reciprocă, care, uneori, se poate întinde pe cîţiva ani. În general, această perioadă de adaptare este incomodată de numeroase prejudecăţi, dintre care două sînt mai importante [111] :

a) La efectuarea actului sexual nu trebuie să participe decît organele genitale, reducîndu-se foarte mult rolul important pe care îl au mîinile, gura şi buzele.

b) Actul sexual trebuie să se caracterizeze printr-o stare de abandon cvasi inconştientă, luciditatea fiind asimilată cu impudicitate şi cinism.

Învăţarea activităţii sexuale în mod corect, igienic, tinzînd la satisfacerea optimă a partenerului, favorizează umanizarea sexualităţii. Adevăraţii îndrăgostiţi nu fac dragoste numai pentru ei, ci şi pentru bucuria pe care o produc partenerilor pe care îi iubesc.

Scanned with OKEN Scanner

În vorbirea cotidiană se utilizează deseori termenul de „platonie sexuală“ sau de „dragoste platonică“, prin care în mod obișnuit se înțelege absența contactului sexual între doi parteneri care se iubesc. De obicei această denumire caracterizează primele etape de început ale acestei manifestări umane care este dragostea, fenomen complex ce implică participarea conștiinței.

Există o adevărată artă a dragostei cu o evoluție gradată a relațiilor dintre parteneri, care în final poate duce la o intimitate totală.

Toată lumea sau aproape toată lumea a cunoscut emoția primelor cunoștințe, cu jocul aproape spontan al privirilor care cînd se caută, cînd se fac că se evită sau că se ignoră. Limbajul nuanțat, prevenitor, delicat, învăluie într-o adevărată poezie comunicarea interumană a celor doi posibili îndrăgostiți. Se fixează întîlniri, se explorează unul pe celălalt prin subtile jocuri de cuvinte, se bucură unul de prezența celuilalt, cu gesturi șovăielnice, cînd pline de reținere, cînd aproape îndrăznețe. La început atingerile mîinilor aproape întîmplătoare, devin încet, încet căutate, cu strîngeri de mînă, care mai mult decît cuvintele ilustrează sentimentele celor doi îndrăgostiți. Și astfel se ajunge la primele îmbrățișări, la sărut, la excitarea zonelor erotogene, uneori mai mult intuite decît știute. Această „dragoste platonică“ beneficiază uneori de îndemînarea savant dozată a bărbatului, la care femeia răspunde cu grație și gingășie, mînuind o capricioasă cochetărie sau o afectată reținere, afișînd chiar o răceală de circumstanță.

Un rol important în această artă de a face dragoste revine limbajului, cuvintelor alese care prin semnificația lor pot anihila un refuz, pregătind starea afectivă a femeii pentru voluptatea finală, pentru dorința efectuării actului sexual. În absența acestor comportări pline de gingășie, de înțelegere, de sinceritate, de toată gama de trăiri afective specific umane, un posibil contact sexual poate genera femeii dezgust și insatisfacție, ilustrînd o lipsă de autorespect și chiar de demnitate.

Manifestările afective, de tandrețe, între tineri, nu trebuie să constituie întotdeauna un preludiu al actului sexual, așa cum greșit sînt etichetate deseori. Fiecare mîngîiere, fiecare gest de gingășie reprezintă o manifestare reciprocă de simpatie, de atracție, de dragoste a celor doi parteneri.

Feminitatea a fost definită printr-o multitudine de caracteristici, oscilînd între gingășia fecioarei și maternitate, între dăruire și castitate, între trăiri senzuale intense și reținere, între egoism și sacrificiu. Femeia apare ca prima educatoare a copilului, de la ea acesta primește viață, din brațele ei învață ce este bine și ce este rău. Există femei care temperamental au vocația fidelității, generată nu printr-o manifestare de repulsie față de bărbați, cît mai ales dintr-un sentiment de demnitate, de echilibru, de etică, de morală, care vor face din ele soții ideale.

Trebuie să menționăm existența în cursul istoriei a diferite modalități de salvare a convenienței legate de relațiile sexuale și care erau reprezentate de practici sexuale incomplete. Erau situații cînd proaspăta căsătorită cu toate că era intactă din punct de vedere anatomic, cu alte cuvinte virgină, era însă expertă în practica erotizării, cunoscînd voluptatea sexuală tot așa de bine ca și o femeie măritată. Elementele esențiale ale

Scanned with OKEN Scanner

unei educaţii sexuale eficiente constau în stăpînirea de sine, în menţinerea demnităţii, într-o atitudine sănătoasă faţă de sexualitate.

Printre caracteristicile feminităţii, o atenţie deosebită s-a acordat pudoarei. Aceasta a fost considerată ca o componentă psihosomatică complexă, tinzînd spre apărarea integrităţii personale, ilustrată prin simptome neurovegetative, ca de exemplu : vasodilataţie cutanată mai ales la nivelul feţii, accelerarea mişcărilor respiratorii, ritmului cardiac etc. Pudoarea a fost comparată cu un „veşmînt sufletesc natural" al sexualităţii (M. Scheler, citat de [10]).

În formarea personalităţii femeii, pudoarea constituie o valoare morală care trebuie cultivată, întreţinută şi respectată. Se consideră că omul nu dispune de o preprogramare ereditară a detaliilor de comportament sexual, menite să asigure viaţa individului şi a speciei. Pentru a suplini această carenţă el trebuie să le înveţe. Începînd de la naştere, prin parcurgerea perioadelor ce caracterizează mai ales copilăria, pubertatea, adolescenţa, experienţa cotidiană, educaţia în familie, în şcoală, exemplele şi modelele din mediul social în care trăieşte etc., îl pregătesc pentru a se adapta la cerinţele pe care le impune viaţa, direcţionîndu-i comportamentul în acest sens.

La baza comportamentului sexual se află „motivaţia sexuală", noţiune considerată ca mai adecvată decît cea de „impuls sexual" sau de „instinct sexual".

Utilizarea termenului de „impuls sexual" nu este recomandabilă întrucît acesta se referă aproape numai la aspectul dinamic al motivaţiei sexuale.

Termenul de „instinct sexual" este considerat, de asemenea, neconvenabil, referindu-se numai la componenta înnăscută, cu rol secundar în sexologia umană.

Un alt termen utilizat frecvent în sexologie este cel de „libido". El defineşte motivaţia sexuală normală a omului.

Motivaţia sexuală a fost definită ca un complex psihic, în care rolul hotărîtor îl au elementele dobîndite, avînd o componentă cantitativă, dinamogenă şi una calitativă direcţională, fiind determinată de elemente organice interne, respectiv structuri neurohormonale şi de acţiunea unor excitanţi externi care, în raport cu experienţa fiecărei persoane, declanşează o serie de reacţii asociate direct cu actul sexual [119].

Pentru declanşarea motivaţiei sexuale sînt necesari stimuli specifici din mediul ambiant reali sau imaginari, rolul principal revenind prezenţei partenerului. Reacţia organismului uman la aceşti stimuli este în funcţie de experienţa anterioară a persoanei respective, de ereditate, de factori neurohormonali etc.

Comportamentul sexual şi motivaţia sexuală sînt determinate de excitanţi ce acţionează din mediul ambiant în tot timpul vieţii.

Motivaţia sexuală este prezentă atîta timp cît organismul unei persoane primeşte informaţii din mediul ambiant sau pe care le trăieşte pe plan imaginar asupra unui posibil contact sexual cu toate implicaţiile sale psihofiziologice.

Comportamentul sexual este influenţat de prezenţa hormonilor sexuali care favorizează dezvoltarea morfofuncţională a organismului, dez-

Scanned with OKEN Scanner

voltarea caracterelor sexuale secundare şi a organelor genitale apte pentru efectuarea contactului sexual. Aceste modificări morfofuncţionale au un rol important în relaţiile interumane, aspectul fizic al partenerilor favorizînd sau defavorizînd atracţia acestora.

Se consideră că există o corelaţie mai strînsă între comportamentul sexual şi plăcerile de ordin psihologic furnizate de actul sexual, decît între comportamentul sexual şi necesităţile de perpetuarea speciei.

Ponderea factorului psihologic este ilustrată de faptul că înaintea realizării efective a unui comportament sexual, s-ar putea spune, înaintea fazei de „consum" se constată o fază de „apetit" cu o importantă încărcătură psihoemoţională (Blanc, C., 1960, citat de [119]). Se consideră că această fază „apetitivă" persistă la om şi după încetarea capacităţii de reproducere, iar la bărbaţi chiar după ce sînt în imposibilitate de a realiza efectiv faza „consumatoare" prin impotenţă din diverse cauze.

Motivaţia corespunde unei necesităţi de a avea un sentiment de mulţumire, de recompensă [28].

Îndrăgostiţii au fost comparaţi cu nişte bolnavi, starea lor fiind o criză obsesivă, dragostea pasională apărînd astfel ca o nevroză.. De altfel, iubirea erotică, pasională a fost caracterizată ca o stare obsesivă (Janet P., citat de [126]).

În formarea şi direcţionarea motivaţiei sexuale factorii emoţionali au un rol deosebit.

În dinamica sexuală apariţia orgasmului coincide cu o tensiune emoţională maximă, urmată de o stare de euforie, de destindere, de mulţumire.

Memorizarea favorizează păstrarea datelor furnizate de experienţă, permite compararea excitanţilor actuali cu alţii anteriori şi favorizează imaginaţia care asigură persistenţa şi activarea motivaţiei sexuale, chiar în absenţa unor excitanţi adecvaţi din mediul ambiant.

Se apreciază că în formarea şi activarea motivaţiei sexuale şi a comportamentului sexual, rolul hotărîtor revine sistemului nervos cu diferitele sale structuri şi mediului social în care trăieşte individul.

Există mari deosebiri între poziţia bărbatului şi a femeii faţă de actul sexual. În unele cazuri bărbatul acordă contactului sexual o semnificaţie efemeră, uitîndu-l, în timp ce pentru femeie acesta a însemnat abandon, dăruire, afecţiune, ilustrînd o trăire complexă psihosomatică. Este un fapt incontestabil că mucoasa uterină datorită caracteristicilor acesteia de a absorbi anumite substanţe chimice, poate permite o impregnare a organismului femeii cu numeroşi componenţi biochimici existenţi în spermă.

În cazul gravidităţii acest lucru este şi mai elocvent, prin schimburile transplacentare între produsul de concepţie şi mamă. La bărbat, actul sexual nu produce această impregnare.

De fapt, o căsătorie reuşită este aceea în care dragostea, încrederea sinceritatea şi fidelitatea caracterizează pe ambii parteneri.

Scanned with OKEN Scanner

FIZIOLOGIA ACTIVITĂŢII SEXUALE

Activitatea sexuală, considerată ca o manifestare fiziologică normală, presupune cunoaşterea modificărilor anatomo-funcţionale ale organismului în timpul desfăşurării acesteia.

În cadrul activităţii sexuale se pot distinge mai multe etape şi anume : 1. apropierea sexuală ; 2. preludiul ; 3. jocurile de dragoste ; 4. contactul sexual ; 5. postludiul.

1. **Apropierea sexuală.** Privită din punct de vedere comportamental, apropierea sexuală presupune în condiţii normale o atracţie sexuală a partenerilor heterosexuali.

Un rol important în această atracţie revine stimulilor vizuali recepţionaţi de către analizatorul optic, care permit o apreciere critică a celuilalt partener în favoarea sau defavoarea acestuia.

Există numeroase elemente somatice şi de dinamică corporală care impresionează organul vizual. Vom menţiona : membrele inferioare (gambe, coapse), sînii, şoldurile, faţa, părul, mersul, ţinuta corporală, gesturile, privirea, mimica, poziţia în repaus, mişcările mîinilor etc.

S-a spus chiar că cei care se plac se înţeleg din privire fără a mai avea nevoie de cuvinte. Este un aspect arhicunoscut, comunicarea prin intermediul cuvintelor fiind uneori redusă în această fază iniţială.

S-ar putea spune că marea majoritate a persoanelor sînt sexual-vizuale. Analizatorul optic este receptor de distanţă. Înţelegerea reciprocă din priviri a unui bărbat şi a unei femei ilustrează un consens mutual care suprimă distanţa şi favorizează un posibil contact interuman (verbal, tactil etc.), facilitînd uneori apropierea sexuală a acestora.

Mişcarea are un rol important de excitant sexual, ea fiind caracteristică acelor frumuseţi „dinamice“ definite de şi prin mişcare, spre deosebire de aşa-numitele frumuseţi „statice“, adevărate „statui vii“.

Îmbrăcămintea prezintă, de asemenea, importanţă putînd favoriza şi accentua punerea în valoare a caracterelor sexuale secundare.

Scanned with OKEN Scanner

Un rol important revine stimulilor olfactivi, prin intermediul mirosului fiind intensificate sau inhibate unele comportamente ale omului. Acest aspect se explică prin faptul că rinencefalul la care ajung senzațiile olfactive influențează viața afectivă.

Stimulii olfactivi pot fi caracteristici pentru o anumită persoană, semnalînd prezența acesteia în imediata noastră apropiere. O gamă largă de parfumuri, utilizate selectiv de către diferite persoane, constituie o adevărată caracteristică cu implicații sexuale deosebite. Acești mesageri chimici, care sînt parfumurile, au fost comparați cu niște feromoni artificiali.

(La insecte, substanțele care intervin în atracția sexuală sînt substanțe biologic active, denumite și feromoni sau hormoni purtători de mesaj (ferein=a duce, a purta). Termenul a fost propus de Karlson și Luscher (1959) care definesc noțiunea de „feromon" ca o substanță emisă de un individ și recepționată de un alt indivit din aceeași specie, la care provoacă o reacție specifică).

În contact cu tegumentele parfumul împrumută acestora mirosul său, iar la rîndul lor acestea modifică mirosul parfumului imprimîndu-i particularități odorante variabile de la o epidermă la alta. Se impune astfel o alegere atentă a parfumului, nu orice produs potrivindu-se la orice persoană.

S-a spus despre parfumuri că reprezintă cea mai suavă „armă" de seducție a femeii. În literatură, atît în proză cît și în poezie sînt numeroase cazurile în care se descrie mirosul particular al eroinelor (Dama cu camelii).

Alături de aceste substanțe odorante artificiale, simțul olfactiv este influențat de substanțele odorante naturale, volatilizate de la nivelul tegumentelor sau mucoaselor (nazală, bucală, vaginală).

Unele persoane prezintă o sensibilitate deosebită la substanțele odorante, astfel încît se poate susține existența unor tipuri „sexual-olfactive" sau „sexual-hiperosmice".

Aprecierea subiectivă are aici o importanță foarte mare, același miros emanat de o persoană curată putînd fi calificat de către altele ca dezagreabil.

De asemenea sînt cazuri cînd un miros al persoanei de sex opus apreciat inițial ca dezagreabil, ulterior, după apropierea celor doi parteneri, devine indiferent sau chiar plăcut.

O persoană poate degaja un miros neplăcut, dezagreabil, în cazul unei proaste igiene individuale, cu folosirea repetată a lenjeriei de corp îmbibată de transpirație, absența îmbăierii, dar mai ales o proastă igienă bucală cu o dentiție deficitară, cu numeroase carii, cu periaj al dinților incorect sau inexistent.

Tegumentele și părul tinerilor și tinerelor, femeilor și bărbaților sănătoși și curați au un miros particular, caracteristic, plăcut, care face de prisos diversele produse de parfumerie sau cosmetică.

Sînt cunoscute efectele favorabile în producerea senzației erotice, a mirosului de fîn cosit, a florilor de salcîm, de tei, de busuioc, de levănțică etc., atît de des amintite în producțiile literare folclorice dar și culte.

Dintre plantele exotice se cunoaște efectul afrodisiac al vaniliei (vanilla planifolia).

Scanned with OKEN Scanner

Un miros caracteristic este acela care se întîlnește la femei în timpul perioadei menstruale, uneori chiar în condițiile celei mai riguroase curățenii.

Un miros specific este cel al organelor genitale, mai accentuat la femei decît la bărbați.

Menționăm că încă din secolul al XVI-lea arabii utilizau „levănțica" pentru anihilarea mirosului dezagreabil al vulvei. De altfel, în mediul rural mai ales, levănțica uscată este așezată în dulapul cu rufăria de corp. Mirosul de levănțică favorizează mascarea unor mirosuri ale secrețiilor genitale feminine.

Această acțiune dezodorizantă a lavandei pentru a fi eficientă mirosul dezagreabil ce urmează a fi anihilat nu trebuie să fie prea puternic, să nu fie datorat lipsei de curățenie sau unor secreții produse de îmbolnăviri (infecții vaginale etc.).

În general, se apreciază că produsele odorizante alcaline intensifică mirosurile provenite de la organele genitale, iar cele acide le slăbesc.

Folosirea substanțelor odorizante, parfumuri, creme și alte produse cosmetice, va trebui să se facă cu mult discernămînt, evitîndu-se produsele prea concentrate și căutîndu-se o armonizare a acestora cu mirosurile proprii ale organismului care uneori se cer păstrate intacte, mascate sau anihilate.

Simțul auditiv poate interveni, de asemenea, în procesul apropierii sexuale a partenerilor. Are mai puțină importanță în aceste cazuri conținutul informațional al mesajului transmis prin intermediul cuvintelor, cît mai ales intonația acestora, succesiunea silabelor, muzicalitatea, timbrul etc., aspecte ce caracterizează vocea unei persoane și permit recunoașterea ei. Sînt momente cînd un singur cuvînt intonat într-un mod cu totul aparte, caracteristic persoanei respective, poate declanșa trăiri erotice uneori deosebit de intense la celălalt partener, chiar atunci cînd discuția se poartă la distanțe de sute sau mii de km, prin intermediul telefonului.

Un rol și mai important revine muzicii, melodiile interpretate de o anumită persoană, ritmul acestora putînd evoca momente petrecute împreună și genera stări erotice puternice.

Considerată ca „hrană a dragostei", muzica are o influență erotică incontestabilă, mai ales în preludiu.

Simțul tactil prezintă de asemenea, importanță pentru apropierea sexuală a partenerilor. Acest contact superficial, uneori o atingere ușoară a mîinilor, a degetelor și mai ales a extremităților acestora, o strîngere de mînă nuanțată, semnificativă, poate favoriza apariția unor senzații erotice. Acest schimb de informații prin intermediul tegumentelor are loc cel mai frecvent cu colaborarea ambilor parteneri, iar mîngîierile pe care și le acordă uneori reciproc prezintă numeroase nuanțe în funcție de zona tegumentară asupra căreia se acționează, de intensitatea și ritmicitatea acestora. Ele constituie un act comportamental care ar vrea să asigure existența unui consens, a unei intimități și absența oricărei neconcordanțe între cei doi parteneri.

Un rol important revine îmbrățișărilor cînd apropierea celor două corpuri interesează o suprafață cutanată mult mai mare, care este supusă la intensități de presiune diferită, mai ales în zonele toraco-abdominale și

Scanned with OKEN Scanner

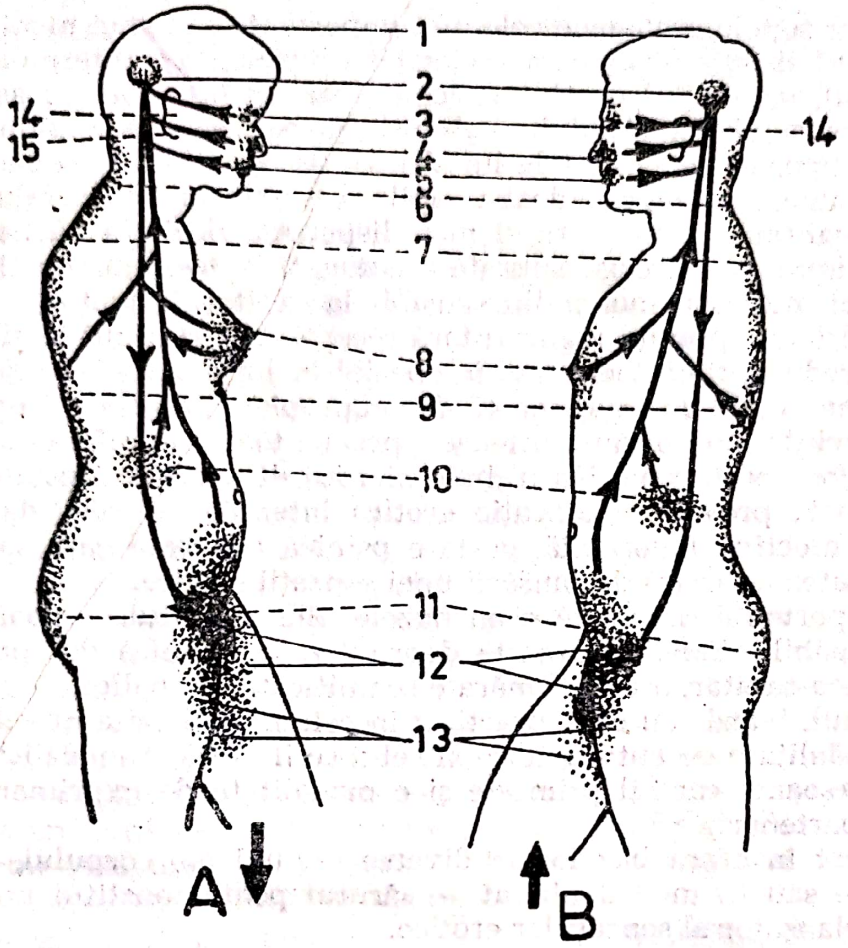

Fig. 21. Zonele erotogene ale suprafeței cutanate și principalii stimuli erotogeni la bărbat și femeie : 1. pielea capului și părul; 2. centrii sexuali (hipofiză, hipotalamus); 3. ochii și tegumentele feței; 4. mirosul; 5. buzele (sărut); 6. tegumentele cefei și părul; 7. suprafața cutanată a umerilor și părții superioare a brațelor; 8. mameloane la bărbat, mameloane și sîni la femeie; 9. tegumentele spatelui; 10. tegumentele șoldurilor; 11. fesele; 12. organele genitale și zona din jurul acestora; 13. partea superioară a coapselor; 14. senzații auditive; 15. pavilionul urechii și regiunea retroauriculară ; A. Transmiterea excitației spre organele sexuale ; B. Transmiterea excitației spre centrii sexuali din creier.

în zonele cu sensibilități tactile diverse. Există astfel, anumite zone cu o mare sensibilitate la excitațiile tactile, favorizînd apariția senzațiilor erotice, motiv pentru care au și fost denumite „zone erotogene". În aceste zone erotogene se cuprind în primul rînd organele genitale și sînii (Fig. 21).

Ca o constatare generală, majoritatea acestor zone se găsesc situate în imediata apropiere a orificiilor naturale.

În afară de aceste regiuni, mai există zone erotogene care n-au nici o legătură cu orificiile naturale : zonele laterotoracale și dorsale inferioare, zona retrocervicală, regiunile axilare etc.

Dintre zonele erotogene cele mai importante la femei menționăm sînii (mamelonul și regiunea perimamelonară), buzele, fața internă a coapselor, ceafa, gîtul, pavilionul urechilor, zona cuprinsă între partea ascendentă a mandibulei și pielea capului, regiunea retroauriculară, regiunile axilare, regiunea hipogastrică, muntele lui Venus, fesele și regiunea perianală, plicile inghinale sau chiar podoaba capilară a extremității cefalice.

Senzualitatea femeii fiind mai dispersată decît la bărbat, se poate spune că aproape întreaga suprafață cutanată a acesteia constituie un receptor mai mult sau mai puțin sensibil la excitațiile tactile.

La bărbat suprafața tegumentară receptivă la stimulii tactili erotogeni este mai redusă, fiind localizată în special în jurul organelor genitale.

În general, se poate spune că dacă apropierea dintre cei doi parteneri este consecința unei dorințe intense, aproape toată suprafața cutanată constituie o zonă erotogenă. Nu trebuie pierdut din vedere faptul că excitația tactilă poate provoca o senzație erotică intensă, mai ales dacă există o orientare afectivă favorabilă, o stare psihică adecvată care să favorizeze receptivitatea necesară declanșării unei senzații erotice.

O importanță deosebită o au buzele. Ele constituie o zonă erotogenă foarte sensibilă. Sărutul, această deprindere neigienică din punct de vedere medico-sanitar, are nenumărate semnificații simbolice.

Sărutul, bucal sau oral, practicat în cele mai diferite nuanțări, constituie o modalitate de autoexcitare al celui ce îl oferă, o modalitate de excitare a persoanei care îl primește și o modalitate de exprimare erotică a ambilor parteneri.

Aplicat în afara buzelor în diverse regiuni ale corpului, — alese la întîmplare sau în mod deliberat — sărutul poate constitui un important factor declanșator al senzațiilor erotice.

În cazul sărutului bucal, limba și interiorul cavității bucale pot produce în funcție de starea igienică a partenerilor — absența unui miros dezagreabil — declanșarea unor senzații erotice foarte intense.

Cea mai importantă zonă erotogenă la femeie este clitorisul. O sensibilitate deosebită prezintă capișonul clitorisului și frenul clitoridian. Muntele lui Venus este, de asemenea, o zonă erotogenă importantă.

Labiile mari pot genera senzații erotice puternice, mult mai sensibile fiind labiile mici, mai ales porțiunea interioară a acestora.

Vestibulul vaginal constituie o zonă erotogenă importantă, sensibilitatea cea mai intensă localizîndu-se, se pare, în imediata apropiere a intrării în vagin și în jurul meatului urinar. O sensibilitate particulară prezintă mucoasa situată în șanțul care desparte labiile mari de cele mici.

Colul uterin, ca zonă de declanșare a unor senzații erotice este uneori mai puțin important, mai ales în cazurile cînd atingerea sa este dureroasă.

O zonă erotogenă foarte sensibilă este cea situată între partea posterioară a vaginului și anus (regiunea perineală).

La bărbat, zona erotogenă cea mai sensibilă la excitații o constituie penisul. O sensibilitate particulară o prezintă glandul, mai ales zona din jurul frenului și șanțul balano-prepuțial. Regiunea inferioară a penisului este mai sensibilă decît cea superioară. Scrotul este mai puțin sensibil la excitațiile tactile decît penisul.

Scanned with OKEN Scanner

Particularitățile anatomice ale celor două sexe caracterizate printr-o structurare exterioară a organelor genitale la bărbat (penis și testicule) și printr-o structurare interioară la femeie (vagin) corespund ca o formă turnată, un cilindru (penisul), matriței sale (vaginul).

Cu o oarecare aproximație, contactul sexual normal ar putea fi definit ca cel la care participă două persoane sănătoase, de sex opus, în vederea satisfacerii sexuale, caracterizate prin orgasm cît mai simultan posibil la ambii parteneri și ejacularea spermei în vagin.

Contactul sexual propriu-zis este precedat de două faze pregătitoare (Van de Velde, [124]) : preludiul și jocurile de dragoste.

2. **Preludiul actului sexual** începe odată cu manifestarea primelor tendințe de apropiere a celor doi parteneri de sex opus. Evoluția acestuia este nuanțată, variabilă, în timp pregătind în mod progresiv apropierea lor.

Un rol important în această fază îl are conversația, schimbul de idei, comunicarea interumană, decelarea disponibilităților afective și încercarea de obținere a unor consensuri mutuale etc., cu infinite variații pe aceeași temă veche dar mereu nouă : dragostea.

Întîlnim în această fază cele mai nuanțate ilustrări ale eroticii feminine cu perioade de atracție și respingere față de partener, dozate savant, cu sensibilitate și grație, niciodată prea marcate pentru a părea categorice și definitive, aproape întotdeauna echivoce și insinuante, lăsînd deschisă posibilitatea reluărilor și sfîrșind în final prin abandonarea în brațele persoanei iubite după o succesiune de rețineri mereu mai slabe și implicit mai pline de promisiuni. Această „apărare", prin „cedări" succesive dă un farmec deosebit preludiului și creează la parteneri o tensiune psihică particulară cu o importantă componentă erotică.

3. Acestei faze de pregătire, care este preludiul, îi urmează o fază, așa-numită a **„jocurilor de dragoste"**.

Începerea lor are loc aproape întotdeauna prin sărutul erotic, care presupune un contact intim al buzelor celor doi parteneri cu participarea activă a fiecăruia.

În funcție de sensibilitatea partenerilor, de experiența sexuală, de gradul de cultură, de educație, de starea de sănătate etc., sărutul de dragoste prezintă cele mai variate nuanțări de la o atingere diafană, catifelată, a buzelor sau a marginilor acestora pînă la apăsarea brutală chiar dureroasă în multe cazuri dezagreabilă pentru cel care îl suportă.

Un rol important în dinamica sărutului revine conformației buzelor, arcadelor dentare, respectiv dinților. O dantură îngrijită, sănătoasă, normală favorizează senzațiile plăcute care se obțin prin sărutul erotic. O bună igienă buco-dentară este indispensabilă în practicarea sărutului erotic.

Ca în multe alte cazuri, există o particularitate individuală în practicarea sărutului erotic, bine cunoscută în cazul partenerilor ce îl folosesc de mai mult timp. Senzațiile tactile ce se obțin prin sărut și depind foarte mult de conformația buzelor pot fi defavorizate de un strat de ruj, de o dantură deficitară, de o conformație a maxilarelor anormală etc.

Contactul dintre buze și mucoasa labială a partenerilor, în timpul sărutului, permite recepționarea unor senzații gustative reciproce, care pot favoriza sau nu senzația erotică.

Scanned with OKEN Scanner

În timpul jocurilor de dragoste se pot produce mușcături foarte fine, nedureroase, aproape simulate la nivelul buzelor sau limbii. Atent dozate în nuanțe și execuție, acestea pot constitui excitații erotice intense pentru ambii parteneri. Succesiunea rapidă a săruturilor pe suprafețe cutanate, apropiate unele de altele, mai ales în zonele erotogene, poate crea o puternică tensiune erotică.

În cazul sărutului pe gură, deosebirea dintre senzațiile celui care „dă" și celui care „primește" aproape că se confundă, excitațiile tactile ale partenerului activ și ale celui pasiv fiind greu de deosebit, cel mult în cazul schimbării suprafețelor de contact ale buzelor, cînd unul, dacă nu amîndoi, au inițiativa.

O situație similară se întîmplă în cazul îmbrățișării. Unele sînt senzațiile celui care îmbrățișează, altele sînt ale celui îmbrățișat. Senzațiile însă se confundă cînd cei doi parteneri participă activ și simultan la aceste atît de cunoscute manifestări ale dragostei.

În cazul sărutului pe corp, senzația celui care îl dă este deosebită de a celui care îl primește. Partenerul activ prin intermediul buzelor, limbii și mirosului, percepe un număr mult mai mare de stimuli, decît partenerul care primește acest sărut. Acesta ultim poate resimți uneori o excitație intensă, datorită acțiunii curentului de aer proiectat prin narine, în timpul expirației, asupra tegumentelor.

Uneori, în timpul jocurilor de dragoste, în cazul unor tensiuni erotice puternice, intervine și participarea dinților prin mușcături delicate, nedureroase, adevărate simulări de mușcături, menite să mărească și mai mult excitația. Dealtfel, trebuie menționat că sensibilitatea la durere este mult mai redusă în cazul unor stări de erotism de mare intensitate.

Un rol important în timpul jocurilor de dragoste revine stimulilor tactili. Palparea în cele mai diferite gradații de intensitate, de la atingerea diafană, abia perceptibilă a epidermei, pînă la frămîntarea brutală, similară tehnicii masajului, în funcție de caracteristicile individuale, de sensibilitatea, temperamentul și experiența partenerilor, poate crea cele mai variate senzații erotice.

Conformația mîinii, finețea pielii, digitația, sensibilitatea, sînt tot atît de necesare în execuția acestei partituri erotice ca și în cazul uneia muzicale.

În crearea senzației erotice, rolul principal pentru partenerul pasiv, revine suprafeței cutanate sau mucoasei care este palpată.

Întrucît întinderea zonelor erotogene, sensibilitatea acestora și chiar localizarea lor diferă uneori mult de la o persoană la alta, este necesar ca bărbatul să cunoască bine aceste zone, să le caute, să stabilească cu răbdare receptivitatea partenerei și să le utilizeze ca un „dirijor" în imensa orchestră a „simfoniei" dragostei.

În cadrul jocurilor de dragoste, excitația maximă se obține atunci cînd sînt atinse organele genitale externe, sînii.

O sensibilitate deosebită o prezintă mamelonul, areola și chiar sînul în totalitate. În unele cazuri, un stimul vizual sau auditiv care evocă un moment erotic poate declanșa la femeie aceleași modificări ca și în cazul atingerii sînilor.

Scanned with OKEN Scanner

În unele cazuri, la bărbații foarte sensibili, se pare că senzațiile erotice pe care le trăiesc pot fi mai intense decît ale partenerelor pe care le mîngîie, mai ales dacă acestea nu sînt deosebit de receptive în aceste apropieri.

În dinamica jocurilor de dragoste există o perioadă mai scurtă sau mai lungă, mai ales atunci cînd partenerii nu se cunosc prea bine, în care mișcările mîinilor bărbatului ezită, trec de la o zonă erotogenă la alta, sînt oprite de mîinile partenerei.

Aceste ezitări ale bărbatului, uneori pe fondul unor emoții erotice deosebit de puternice, trăite de ambii parteneri, dau un farmec aparte acestor pregătiri pentru contactul sexual.

De cele mai multe ori acestea sînt însoțite de rugăminți, de declarații de iubire, de încurajări, de o gamă extrem de variată de rostiri în funcție de marea diversitate a cuplurilor.

Aceste jocuri au mai fost numite și „jocuri de excitație" [124].

Plăcerea care este produsă partenerei de către bărbat duce și la o creștere a senzațiilor erotice ale acestuia.

Jocurile de excitație presupun participarea ambilor parteneri. Trebuie însă ținut seama de faptul că o excitație prea intensă a bărbatului poate provoca o ejaculare precoce, înaintea atingerii orgasmului de către femeie și deci nesatisfacerea acesteia. Ca în multe lucruri și aici este necesară măsura, exagerările fiind în dezavantajul ambilor parteneri.

Nu se recomandă prelungirea jocurilor de excitație la bărbat, decît dacă acesta este într-o perioadă de hipoexcitabilitate, în mod normal la scurt timp după ejaculare.

În cazul unor femei hipoexcitabile, pentru a ajunge la eupareunie cu orgasm pe cît posibil simultan, este necesar ca bărbatul să acorde o atenție deosebită acestor jocuri de dragoste și în același timp să-și supravegheze și să-și dozeze propria lui stare de excitație, situație care este destul de dificilă pentru marea majoritate a bărbaților.

O excitație mecanică a organelor genitale, în timpul jocurilor de dragoste, dacă nu există o bună lubrefiere a mucoaselor poate produce chiar dureri prin iritația repetată.

Aceste jocuri de excitație, cu participarea ambilor parteneri se continuă un timp mai mult sau mai puțin îndelungat, pînă în momentul contactului sexual.

4. **Contactul sexual** sau **actul sexual** (denumit și „unire sexuală", coit, copulație, coabitare) este faza dinamicii sexuale care începe prin introducerea penisului în erecție, în vaginul femeii. Datorită efectuării unor mișcări ale corpului, de către ambii parteneri, avînd ca scop creșterea excitației, se obțin senzații de voluptate specifice care sînt urmate de orgasm. Acesta constituie punctul culminant al contactului sexual urmat de scăderea tensiunii nervoase, brusc la bărbat și mai lent la femeie. La bărbat orgasmul corespunde ejaculării, în timp ce la femeie modificările sînt mai complexe. În evoluția contactului sexual se deosebește o dinamică ce vizează bărbatul și alta ce vizează femeia.

Studii relativ recente (Masters W. H. și Johnson E. Virginia, 1966) în evoluția reacțiilor sexuale descriu următoarele patru faze : 1. faza de ex-

Scanned with OKEN Scanner

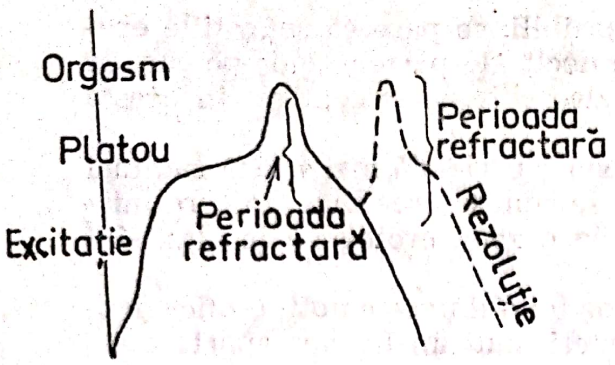

Fig. 22. Ciclul răspunsului sexual la bărbat (după Masters, W. H.; Johnson, V. E. 1966, citat de (119).

citație; 2. faza în platou; 3. orgasmul; 4. faza de rezoluție (de detentă).

Succint, la bărbat, aceste faze privind evoluția tensiunii sexuale se prezintă după cum urmează (Fig. 22):

Faza I. Aceasta este denumită și faza de excitație și erecție. Datorită acțiunii unor excitanți fizici sau psihici apare după un timp mai scurt sau mai lung, în funcție de particularitățile individuale, erecția penisului și necesitatea actului sexual.

Dacă excitația se prelungește după ce a atins un punct maxim, erecția poate scădea pînă la dispariție. Același fenomen poate avea loc chiar în condițiile actului sexual prin acțiunea unor excitanți din mediul extern, ca, de exemplu, un zgomot neașteptat, prezența unor persoane străine, sonerie, apel telefonic etc. Erecția penisului este însoțită de o creștere a volumului testiculelor consecutivă vasodilatației sanguine și apropierea acestora de perineu prin scurtarea cordonului spermatic și contracția scrotului. Modificările cardiovasculare constau mai ales dintr-o vasodilatație periferică, accelerarea ritmului cardiac, creșterea tensiunii arteriale.

Modificările de ordin psihic constau mai ales dintr-o senzație de voluptate mai mult sau mai puțin intensă.

Erecția penisului se caracterizează prin alungirea, îngroșarea, întărirea, curbarea și ridicarea acestuia, formînd un unghi de circa 45° cu peretele abdominal. Erecția este însoțită de apariția unei secreții mucoase, clare, produsă de glandele uretrei anterioare și glandele lui Mery. Această secreție este abundentă în cazul excitațiilor psihice și nu trebuie confundată cu o ejaculare precoce.

Tensiunea sexuală și afectivă atinge maximul de intensitate în momentul începerii actului sexual. Acest moment nu este recomandabil să blocheze toate preocupările bărbatului care trebuie să fie conștient de faptul că datoria lui morală este aceea de a produce o plăcere cît mai intensă partenerei sale. Mîngîierile, sărutările, cuvintele alese, senzațiile olfactive și vizuale, toate concură pentru o reușită pe plan psihosomatic a actului sexual, astfel încît ele nu trebuie neglijate de către bărbat.

Absența jocurilor de dragoste și de excitație, a tuturor acelor mîngîieri și cuvinte care exprimă starea afectivă a celui în cauză și care fac parte din preludiul actului sexual, ilustrează o desconsiderare a partenerei, diminuînd interesul acesteia pentru contactul sexual și reducînd trăirile intense afective pe care le oferă dragostea.

Faza a II-a, denumită și faza în platou, se caracterizează prin prezența modificărilor organului sexual masculin citate în faza anterioară, constatîndu-se o creștere a volumului glandului și apariția unei colorații roșie-violacee, tensiunea sexuală prezentînd o curbă în platou. Spre sfîrșitul acestei faze se constată o mărire a volumului testiculelor, secundară vasodilatației sanguine, precum și o apropiere a acestora de perineu, anunțînd ejacularea.

Scanned with OKEN Scanner

Concomitent se observă apariţia a două, trei picături de lichid mucoid secretat de glandele lui Cowper. Modificările cardiovasculare constau într-o accelerare a ritmului cardiac, variind între 100—175 bătăi pe minut, precum şi o creştere a tensiunii arteriale şi anume : a presiunii sistolice cu 20—80 mmHg, iar a presiunii diastolice cu 10—40 mmHg [119]. Şi în această fază nu trebuie neglijate preocupările partenerilor pentru menţinerea tensiunii erotice, sărutările, mîngîierile, îmbrăţişările, cuvintele potrivite păstrîndu-şi întreaga lor capacitate de excitaţie şi sugestie.

Faza a III-a. Aceasta se caracterizează prin prezenţa ejaculării si orgasmului.

S-au individualizat în timpul ejaculării două etape :

a) prima etapă în care se produce expulzarea spermei, respectiv secreţia testiculelor, prostatei, veziculelor seminale etc., în uretra posterioară, datorită contracţiei musculaturii veziculo-deferenţiale ;

b) a doua etapă constînd în eliminarea spermei sub presiune de-a lungul uretrei pînă la meatul urinar, emisie care se face sacadat, datorită unor contracţii ritmice, expulsive, care au loc de-a lungul uretrei. La producerea acestei eliminări participă fibrele musculare mixte care înconjoară uretra, muşchii striaţi perineali, sfincterul extern al uretrei, muşchii bulbo-spongioşi, muşchii ischiocavernoşi, transversul superficial şi profund al perineului. Simultan se poate observa o contractură a extensorilor coapsei, şi a muşchilor fesieri. Intervalul dintre primele 3—4 contracţii este de circa 0,8 secunde, ele scăzînd apoi ca frecvenţă şi ca forţă de expulsie [119].

Printr-un efort de voinţă, ejacularea poate să fie întîrziată, ea neputînd fi însă stopată în mod voluntar după declanşare.

Ejacularea reprezintă expresia fiziologică a orgasmului, care a fost definit ca o senzaţie paroxistică, de plăcere, urmată la bărbat de o detentă bruscă a tensiunii neuropsihice produsă în timpul fazelor anterioare.

Orgasmul poate dura de la 10 secunde la cîteva minute. După unii autori, în 45% din cazuri corpul devine rigid datorită unei contracţii musculare intense, asociată cu diverse manifestări simpatico-tonice, iar în circa 17% din cazuri apar convulsii, modificări respiratorii, privire fixă etc. Legătura între orgasm şi ejaculare se întîlneşte în toată perioada activităţii sexuale a bărbatului. Se apreciază că ejacularea fără orgasm este mai frecventă decît producerea orgasmului fără ejaculare.

În cea de-a doua etapă a ejaculării, bărbatul simte intensitatea contracţiilor de expulsie ale uretrei peniene, cea mai mare plăcere fiind furnizată de primele contracţii puternice, în timp ce următoarele, de intensităţi mai reduse, produc o senzaţie de plăcere mai mică sau nu sînt deloc percepute. Se consideră că orgasmul este cu atît mai intens cu cît volumul spermei ejaculate este mai mare. Ejacularea, care are loc după o perioadă de abstinenţă, produce un orgasm mai intens.

În cazul unor ejaculări succesive prin contacte sexuale repetate, din punct de vedere subiectiv, prima ejaculare este cea mai plăcută. Acţiunea unor excitanţi externi negativi (zgomot, prezenţa unor persoane străine etc.) nu pot întrerupe ejacularea şi orgasmul dacă acestea au fost

declanşate. Stoparea voluntară a ejaculării poate surveni numai în perioada de timp anterioară declanşării, respectiv contracţiei glandelor sexuale accesorii.

În timpul orgasmului apar o serie de modificări cardio-respiratorii, ilustrate prin tahipnee, ritmul respirator crescînd la peste 40 mişcări pe minut, accelerarea ritmului cardiac, tahicardia, situîndu-se între 110—180 bătăi/minut, creşterea tensiunii arteriale, presiunea sistolică crescînd cu 40—100 mmHg, iar cea diastolică cu 20—50 mmHg. În perioada ce precede orgasmul la nivelul suprafeţei cutanate apare aşa-numitul „eritem sexual" caracterizat printr-o erupţie maculo-papuloasă a tegumentelor, care ajunge la o intensitate maximă în timpul orgasmului [119]. Orgasmul reprezintă un moment de modificare a excitaţiei sistemului nervos cînd de la o stare de tensiune paroxistică se trece la inhibiţie.

Faza a IV-a. Această fază, numită de rezoluţie, constă în scăderea tensiunii sexuale care a determinat erecţia penisului şi ejacularea, revenindu-se la normal. Faza aceasta refractară poate fi mai scurtă sau mai lungă, în raport cu caracteristicile individuale, cu afecţiunea pentru parteneră, cu intensitatea orgasmului etc., actul sexual fiind un corespondent la o necesitate psihică a partenerilor şi nu numai un test al excitabilităţii individuale a acestora.

Scăderea intensităţii erecţiei, care are loc în această fază, se produce în două etape şi anume : în prima etapă la începutul acestei perioade refractare are loc o evacuare a sîngelui de la nivelul penisului, dimensiunile acestuia reducîndu-se faţă de starea de erecţie la circa o dată şi jumătate din cele constatate în stare flască. Această primă etapă se produce foarte rapid. Ea este urmată de a doua etapă cînd penisul revine la dimensiunile normale, în stare flască. Această etapă este mai lungă decît prima, iar în cazurile cînd actul sexual a durat mai mult timp, după apariţia ejaculării se poate menţine o stare de semierecţie, datorită vasocongestiei penisului. Scăderea intensităţii erecţiei este încetinită în această a doua etapă datorită existenţei unei excitaţii sexuale reziduale. Totodată se poate produce o revenire la mărimea iniţială a testiculelor care coboară în scrotul ce îşi reia poziţia normală şi aspectul plisat la suprafaţă. Se citează, de asemenea, prezenţa unei transpiraţii inconstante, care apare numai la nivelul suprafeţei cutanate a labei piciorului (plantă) şi la nivelul suprafeţei palmare.

Activitatea sexuală a bărbatului variază foarte mult de la o persoană la alta, datorită diferenţelor individuale morfofiziologice, vîrstei, nivelului cultural, condiţiilor de mediu, habitatului etc.

Repetarea actului sexual se poate produce la intervale de timp variabile, de la cîteva minute la cîteva ore. Se apreciază că după trei ejaculări succesive, într-o perioadă de timp de 2—6 ore, cantitatea de spermă ejaculată scade foarte mult, sub 0,5 ml.

Excitaţia erotică se estimează că poate menţine erecţia timp de circa o oră la tineri şi în jur de 10 minute la persoanele în vîrstă.

Durata actului sexual este, de asemenea, foarte diferită, de la cîteva secunde în cazul unei ejaculări precoce pînă la peste o oră. Unele cercetări au pus în evidenţă prezenţa ejaculării după un timp de maximum 2 minute la 75% din bărbaţii chestionaţi (Kinsey, 1948). Ejacularea nor-

Scanned with OKEN Scanner

mală s-ar produce după un timp de 2—10 minute de la introducerea penisului în vagin, adică după circa 60—100 de mişcări copulatorii.

În general, se poate spune că frecvenţa contactelor sexuale este în cadrul căsătoriei în funcţie de solicitările bărbatului. Efectuarea contactului sexual în timpul nopţii este justificată de refacerea organismului prin somn.

Atunci cînd nu constituie o simplă obligaţie conjugală, efectuarea contactului sexual în orele de dimineaţă sau de zi este mai recomandabilă [111].

Receptivitatea şi dorinţa femeii pentru contact sexual este în funcţie de pregătirea acesteia psihosenzorială. Un rol important îl au jocurile de dragoste ce caracterizează perioadele de preludiu.

Dorinţa femeii în cadrul comportamentului erotic este mai difuză decît la bărbat, fiind influenţată de personalitatea partenerului.

Din punct de vedere senzorial, se observă o mai mare variabilitate la femeie decît la bărbat cu fluctuaţii mari, orgasmul fiind mai mult sau mai puţin tardiv, uneori repetat, prelungit, cu o detentă lentă. Femeia este mai puţin subordonată diverselor tehnici copulatorii, fiind puternic impresionată de participarea sa la actul sexual, iar în cadrul comportamentului erotic acordă mai multă atenţie dragostei ca scop în sine, axîndu-şi comportamentul pe dorinţa de a place. Femeia, în comparaţie cu bărbatul, are în general o electivitate mai strictă faţă de partener, iar din punct de vedere afectiv simte nevoia de a primi afecţiune din partea bărbatului, căutîndu-şi satisfacţia prin dragoste.

La femei s-au descris trei tipuri principale de răspuns sexual şi de producere a orgasmului. Ele sînt ilustrate prin trei curbe, şi anume : o curbă abruptă, asemănătoare cu aceea care se constată în orgasmul masculin ; a doua mai lentă, aşa-numita curbă în „dom" ; a treia, aproape orizontală, aşa-numita „în platou" (Masters W. H. ; Johnson V. E., 1966) [119] (Fig.23).

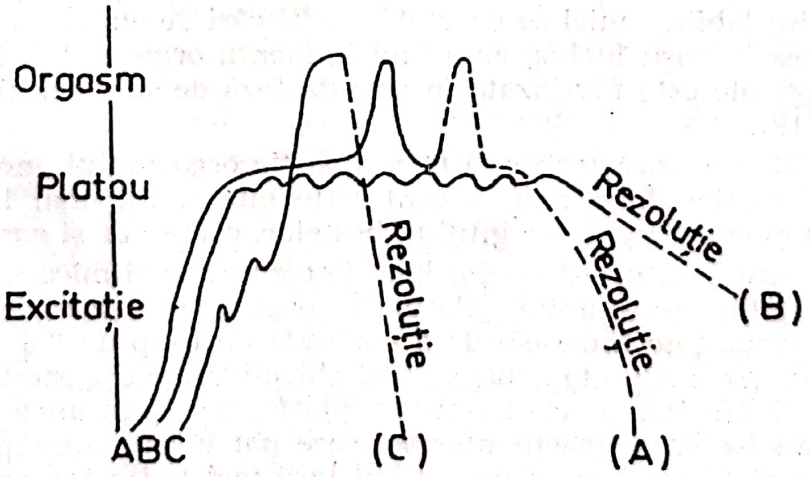

Fig. 23. Ciclul răspunsului sexual la femeie cu cele trei tipuri : în dom (A), în platou (B), în vîrf (C) (după Masters, W. H.; Johnson, V. E., 1966 citat de (119).

Principalele faze ale dinamicii sexuale a femeii se pot sistematiza după cum urmează :

Faza I, numită şi faza de excitaţie, se caracterizează printr-o creştere a diametrului glandului clitoridian, ajungînd pînă la aproape dublul dimensiunii lui, consecutiv vasocongestiei. Excitaţia directă a clitorisului duce la o apariţie mai rapidă şi mai intensă a tumescenţei sau erecţiei. Se apreciază că în 50% din cazuri erecţia glandului clitoridian este absentă.

Chiar şi în absenţa tumescenţei glandului se observă o alungire a corpului clitorisului. După circa 10—30 de secunde de excitaţie sexuală apare lubrefierea vaginală cu o substanţă ce este secretată printr-un mecanism asemănător transudaţiei, în urma dilatării plexului venos care înconjoară canalul vaginal. În această fază se constată o destindere a vaginului şi o modificare a poziţiei uterului, acesta ridicîndu-se parţial. Se observă, de asemenea, o congestionare a labiilor mari care cresc în volum la femeile care au născut copii, aplatizîndu-se şi ridicîndu-se antero-lateral la nulipare. Concomitent se observă o subţiere a labiilor mici şi o extindere a acestora, care lungeşte orificiul vaginal cu circa 1 cm. În această fază se constată o creştere a volumului sînilor şi erecţia mameloanelor. Se observă, de asemenea, o tensiune la nivelul musculaturii voluntare, mai accentuată la muşchii abdominali şi intercostali [119]. Modificările cardiovasculare constau dintr-o uşoară accelerare a pulsului, aproape paralel cu evoluţia tensiunii sexuale.

Faza a II-a, denumită şi faza în platou, se caracterizează printr-o congestie secundară vasodilataţiei la nivelul treimii externe a vaginului care produce o scădere a diametrului vaginal, aproximativ la jumătate.

În această fază se observă şi o modificare a canalului vaginal, care se lungeşte şi se lărgeşte. Reducerea pasageră a diametrului orificiului vaginal contribuie la menţinerea spermei în vagin şi favorizează fecundaţia. În această fază a tensiunii sexuale în platou se observă, de asemenea, o retracţie a clitorisului şi glandului clitoridian către partea superioară a simfizei pubiene. Modificările poziţiei uterului constau dintr-o deplasare a acestuia în marele bazin şi o creştere a excitabilităţii corpului uterin.

La nivelul labiilor mici se constată modificări de culoare de la nuanţa de roşu aprins la roşu închis, anunţînd iminenţa orgasmului. Lubrefierea mucoasei vaginale este favorizată în această fază de secreţia glandelor lui Bartholin [119].

Faza a III-a se caracterizează prin apariţia orgasmului, momentul suprem al satisfacţiei, însoţit de o contracţie musculară, mai frecvent un spasm involuntar al muşchilor gîtului, braţelor, coapselor şi gambelor.

Apariţia orgasmului este precedată de contracţia ritmică a treimii externe a vaginului, aşa-numita „platforma orgasmică", primele 3—6 contracţii fiind distanţate între ele de o perioadă de timp de 0,8 secunde. În funcţie de diversele aspecte subiective şi obiective ale orgasmului, variază numărul şi intensitatea contracţiilor platformei orgasmice. În timpul orgasmului au loc şi contracţii uterine, care pot începe aproape simultan cu contracţia platformei orgasmice, fiind însă mai puţin intense şi succedîndu-se neregulat. Intensitatea şi durata acestor contracţii este foarte diferită, iar la fiecare orgasm, concomitent se pot produce contracţii ale sfincterului uretral şi anal.

Scanned with OKEN Scanner

În timpul orgasmului se intensifică eritemul sexual, devenind maxim. Vizual, orgasmul feminin se poate evidenția prin modificările de la nivelul areolelor mamare, după producerea lui observîndu-se detumescența acestora și plisarea tegumentului.

Modificările cardio-vasculare constau în accelerarea pulsului care poate atinge 110—180 bătăi pe minut și creșterea tensiunii arteriale, presiunea sistolică mărindu-se cu 30—80 mmHg, iar cea diastolică 20—40 mmHg. Mișcările respiratorii sînt, de asemenea, modificate, tahipneea atingînd 40 respirații/minut.

Se menționează faptul că în perioada preorgasmică se produce un spasm al platformei orgasmice, care ulterior prezintă contracții ritmice. Se apreciază că la femeie un orgasm normal este produs de circa 5—8 contracții intense ale platformei orgasmice, un orgasm moderat corespunde unui număr de 3—5 contracții, iar un orgasm intens 8—12 contracții [119].

5. **Postludiul.** După efectuarea contactului sexual normal urmează o perioadă de repaus, caracterizată de o senzație foarte nuanțată de destindere, de plăcere, de deconectare, ilustrînd postludiul.

Această fază a dinamicii sexuale normale are o importanță covîrșitoare pentru ambii parteneri, ea consolidînd sentimentele de afecțiune și dragoste prezente în timpul actului sexual.

Mîngîierile atent dozate, atingerile catifelate ale tegumentelor nuanțate în funcție de receptivitatea zonelor erotogene stimulate, fac parte din această fază, cea mai grea „partitură" din marea „simfonie" a dragostei.

Orientat pe trăiri psihologice foarte complexe cu rememorări de gesturi, de poziții, de mișcări, emoții, senzații de o subtilitate cu totul aparte, postludiul necesită o atentă comportare din partea bărbatului și femeii, orice exagerări, manifestări echivoce, gesturi de impolitețe sau cel mai frecvent indiferență, putînd duce la grave consecințe de ordin afectiv din partea mai ales a femeii.

Structura psihosomatică a acesteia face necesar ca în faza postorgasmică să i se adreseze cuvinte afectuoase, mîngîieri și sărutări, care-i confirmă pe plan psihic dragostea în continuare a bărbatului, chiar după ce s-a ajuns la o tensiune erotică maximă materializată prin orgasm și ejaculare.

Bărbatul care imediat după ejaculare devine pasiv, indiferent, întoarce spatele femeii și adoarme, uneori sforăind, este în totală contradicție comportamentală cu femeia la care tensiunea erotică după contactul sexual scade lent, avînd nevoie de manifestări de afecțiune nuanțate, materializate prin cuvinte, sărutări, mîngîieri, îmbrățișări care-i vor dovedi că actul sexual nu a stopat sentimentele și afecțiunea bărbatului pentru ea, care i-a dăruit aceste momente de plăceri sublime. Nu sînt rare cazurile cînd „neînțelegerile" unor cupluri derivă tocmai dintr-o inabilă și indiferentă comportare a bărbatului după efectuarea actului sexual.

Comportamentul bărbatului în postludiu constituie „certificatul" care atestă „cultura erotică" a acestuia.

Prin conținutul său, în postludiu se va căuta să se favorizeze o revenire lentă a funcțiilor neuro-endocrine ale organismului la starea inițială. Din aceste motive se impune acea comportare atentă, delicată, nuanțată,

Scanned with OKEN Scanner

care, fără a constitui cauza unei noi stimulări sexuale, să permită revenirea la normal a diferitelor sisteme şi organe solicitate în timpul actului sexual.

Durata postludiului depinde de particularităţile neuropsihice ale partenerilor, de pregătirea erotică a acestora, de afecţiunea reciprocă, de ambianţa în care s-a desfăşurat actul sexual, în ultimă instanţă de educaţia sexuală a cuplului.

Să nu se uite că la om actul sexual se bazează în primul rînd pe importante componente psihice, nefiind numai un test al excitabilităţii erotice sau al rezistenţei la un efort atît de plăcut.

EUPAREUNIA

Eupareunia poate fi definită ca realizarea normală a actului sexual satisfăcător pentru un cuplu format din parteneri heterosexuali.

Factorii principali care contribuie la realizarea acestei armonii sexuale sînt în primul rînd o afinitate psihică reciprocă a ambilor parteneri, integritatea anatomo-funcţională a organelor genitale, atractivitatea sexuală cvasisimilară, starea de sănătate a partenerilor, condiţiile de habitat, condiţiile mediului extern (climat, anotimp), alimentaţie etc.

Se pare că un rol deosebit poate cel mai important revine unei afinităţi psihice reciproce a ambilor parteneri. Există unele deosebiri psihosomatice între bărbat şi femeie, zonele erotogene ale bărbatului fiind mai localizate, mai net conturate în jurul organului său genital. Intensitatea senzaţiilor erotogene furnizate de erecţia penisului şi sensibilitatea acestuia diminuează senzaţiile erotice pe care ar putea să le furnizeze zonele erotogene secundare. Se pare că la bărbat predomină componentele fizice, organice ale contactului sexual faţă de cele psiho-erotice. Datorită acestei localizări mai concentrate a zonelor erotogene ale bărbatului ajungerea la orgasm se face mai rapid şi durează mai puţin decît la femeie.

La femeie, zonele erotogene sexuale sînt mai extinse şi dispersate aproape pe întreaga suprafaţă cutanată.

Un rol preponderent în excitaţia sexuală la femeie îl au reprezentările psihice, astfel încît dezinteresul psiho-sexual faţă de un partener o poate face indiferentă, chiar în cazul unei excitări a zonelor genitale, putînd apare o senzaţie neplăcută, dezagreabilă.

La femeie, excitaţiile din zonele erotogene secundare contribuie în mai mare măsură decît la bărbat la realizarea excitaţiei sexuale. Dorinţa contactului sexual la femeie este foarte variabilă, în funcţie de caracteristicile individuale, de afinităţi faţă de partener, de perioadele ciclului menstrual etc. Se apreciază că libidoul este mai crescut în perioada preovulatorie pentru a diminua imediat după ovulaţie şi a se intensifica din nou în perioada premenstruală.

Scanned with OKEN Scanner

La femeie, relaxarea sexuală se întinde pe o perioadă de timp apreciată ca aproape egală cu cea care a fost necesară pentru atingerea tensiunii sexuale maxime. Acest fenomen are o importanță deosebită pentru favorizarea eupareuniei, recomandîndu-se ca bărbatul să acorde toată atenția atît preludiului cît și postludiului.

Eupareunia este condiționată de factori anatomici și fiziologici. Dintre factorii anatomici menționăm în primul rînd maturizarea anatomo-funcțională a organelor genitale și existența unei armonii morfologice a organelor sexuale ale celor doi parteneri.

Rezultatele unor cercetări au arătat că nu există nici o relație între dezvoltarea morfologică a bărbaților și dimensiunile penisului, acesta fiind considerat ca singurul din toate organele corpului ale cărui dimensiuni sînt condiționate în cea mai mică măsură de dezvoltarea fizică a organismului.

Pentru asigurarea eupareuniei, inelul vulvar trebuie să fie normal dezvoltat, iar orificiul vaginal să nu prezinte inflamații, să existe o secreție normală a glandelor vulvare și o elasticitate corespunzătoare a vaginului pentru a permite o acomodare la dimensiunile penisului în timpul contactului sexual.

Distanța clitorisului față de orificiul uretrei, după unii autori constituie un factor important, apreciindu-se că distanța de peste 2,5 cm (teleclitoridie) ar defavoriza producerea orgasmului printr-o mai redusă excitație a clitorisului în timpul actului sexual. Această părere este infirmată de unele cercetări mai noi (Masters și Johnson, 1966).

Printre condițiile fiziologice pentru realizarea eupareuniei se menționează în primul rînd o potență sexuală cît mai apropiată, atît a femeii cît și a bărbatului.

În general, se apreciază că eupareunia este defavorizată de o inegalitate de potență a cuplului, fiind dezavantajat bărbatul sau femeia cu potența mai mare.

Unele stări fiziologice influențează foarte mult dorința sexuală a femeii, aceasta exacerbîndu-se uneori înaintea ovulației, alteori înaintea menstruației, fiind și unele cazuri cînd această exacerbare se constată în perioada postmenstruală sau chiar în timpul menstruației.

Se consideră că dorința sexuală scade în perioada postovulatorie datorită secreției de progesteron și crește în perioadele preovulatorii din cauza secreției foliculinei, sau în perioada premenstruală.

Dorința sexuală este crescută în prima jumătate a sarcinii și diminuată în a doua. Secreția endocrină a glandelor sexuale intervine în mare măsură în realizarea eupareuniei, atractivitatea sexuală fiind provocată mai ales de estrogeni și blocată de progesteron. Se pare că hormonii estrogeni favorizează stimularea și troficitatea zonei vulvo-vaginale, iar androgenii zona vulvo-clitoridiană.

Modificări ale libidoului, mai ales scăderea acestuia pot fi favorizate disfuncții ale hipofizei, tiroidei, suprarenalelor sau epifizei.

Orgasmul feminin de cea mai mare intensitate se apreciază că are loc în cazul unei excitații simultane a vaginului, clitorisului și colului uterin [119].

Scanned with OKEN Scanner

Pentru realizarea eupareuniei, în cele mai bune condiţii, este necesar ca orgasmul să se declanşeze simultan atît la bărbat cît şi la femeie.

La bărbat, ejacularea este urmată de apariţia imediată a orgasmului, ea declanşînd deseori şi orgasmul partenerei. În cazul unei femei cu o tensiune sexuală intensă, foarte excitată, se pot observa orgasme repetate în cursul actului sexual, înaintea ejaculării bărbatului.

Caracteristicile orgasmului feminin variază foarte mult de la o femeie la alta, el fiind în funcţie de afinitatea pentru partener. În mod normal, potenţa sexuală a femeii depăşeşte pe cea a bărbatului, femeia putînd participa un timp mai îndelungat la actul sexual, obţinînd orgasme cu o durată mai lungă sau chiar orgasme repetate şi fiind lipsită de perioada refractară care urmează imediat după ejaculare la bărbat.

Experienţa sexuală a femeii se consideră că se perfecţionează pe măsură ce înaintează în vîrstă, exceptînd senescenţa avansată, spre deosebire de potenţa bărbatului care descreşte lent, progresiv, cu vîrsta.

ACTUL SEXUAL ŞI UNELE MODALITĂŢI DE EFECTUARE A ACESTUIA

Tehnicile contactului sexual au o mare importanţă în dinamica sexuală din cel puţin trei motive :

1. Ele pot intensifica sau diminua senzaţiile de plăcere pe care le simte bărbatul şi femeia în timpul contactului sexual.

2. Necesitatea utilizării anumitor tehnici copulatorii în cazul unor neconcordanţe anatomo-funcţionale ale partenerilor (obezitate, sarcină, discordanţa proporţiilor organelor genitale ale partenerilor etc.).

3. Existenţa unor indicaţii şi contraindicaţii medicale în utilizarea diverselor tehnici copulatorii în unele stări patologice.

Deşi în literatura erotică se descriu peste 100 de poziţii — multe fiind foarte puţin diferite unele de altele — schematizînd se poate spune că există două poziţii principale : prima în care cei doi parteneri se găsesc faţă în faţă şi a doua în care partea anterioară a bărbatului se găseşte spre partea dorsală a femeii.

Ambele poziţii au diverse variante, din care vom menţiona pe cele mai importante.

1. Poziţia în care partea anterioară a bărbatului se găseşte faţă în faţă cu partea anterioară a femeii

Această poziţie, cea mai frecventă, are numeroase variante, cele mai importante fiind următoarele :

1. Poziţia în care femeia este aşezată în decubit dorsal cu coapsele depărtatate şi îndoite, corpul bărbatului fiind culcat deasupra şi sprijinindu-se pe genunchi şi coate pentru a nu incomoda femeia cu greutatea sa. În această poziţie bărbatul are un rol activ mai important, datorită mobilităţii crescute a bazinului pe care i-o oferă sprijinul pe genunchi.

Scanned with OKEN Scanner

Se pare cea mai frecventă la persoane normal dezvoltate, această poziţie corespunde tuturor exigenţelor de ordin psihosomatic ale cuplului, asigurînd un contact intim al suprafeţelor cutanate a partenerilor şi permiţînd în acelaşi timp excitarea şi altor zone erotogene prin sărut şi mîngîieri.

Această poziţie nu este recomandabilă în cazul unui bărbat obez, cu o mare greutate corporală, precum şi în cazul unor femei cu un abdomen foarte voluminos. De asemenea, ea este contraindicată la gravide (şi mai ales după primele trei luni de sarcină), putînd favoriza avortul prin tracţiunea mecanică asupra uterului, datorită greutăţii bărbatului.

Poziţia este considerată ca favorabilă fecundaţiei.

2. Poziţia în care femeia în decubit dorsal strînge coapsele şi întinde picioarele, membrele ei inferioare, găsindu-se între coapsele bărbatului.

Această poziţie este indicată în cazul disproporţiilor dintre organele genitale ale partenerilor (în caz de vagin larg — penis subţire ; vagin scurt — penis lung ; leziuni ale colului uterin sau ale mucoasei vaginale, frigiditate şi graviditate în primele luni).

3. Poziţia în care femeia, aşezată în decubit dorsal, îşi ridică picioarele flectînd gambele pe coapse şi coapsele pe abdomen, membrele inferioare fiind mai mult sau mai puţin îndepărtate.

Este preferată această poziţie atunci cînd musculatura pereţilor vaginului este relaxată, mai ales în urma naşterilor repetate, în caz de vagin larg sau cînd penisul are dimensiuni reduse. Această poziţie nu poate fi practicată decît de persoane normoponderale cu o bună mobilitate a coloanei vertebrale şi articulaţiilor. Folosirea acestei poziţii nu este indicată la femeile gravide, în caz de leziuni ale colului uterin, prolaps uterin, anexite şi infantilism genital feminin [119].

4. Poziţia în care bărbatul se găseşte culcat pe spate, în decubit dorsal, cu membrele inferioare întinse, lipite, în timp ce femeia se găseşte deasupra sa, cu membrele inferioare depărtate.

În aceste condiţii femeia are rolul activ în dinamica sexuală, situaţie în care intervine şi o importantă componentă psihică, dacă ţinem seama de inversarea rolului partenerilor.

Este indicată această poziţie în cazul persoanelor obeze, mai ales bărbaţi, atunci cînd există o disproporţie a organelor genitale ale partenerilor, femeia avînd un vagin lung iar bărbatul un penis scurt, precum şi în cazurile de frigiditate a femeii. Este contraindicată această poziţie în cazul unei femei cu vaginul scurt, cu infantilism genital, leziuni ale colului uterin şi în sarcină [119].

5. Poziţia în care în mod obişnuit femeia se găseşte aşezată în decubit lateral drept, deci culcată pe partea dreaptă, iar bărbatul în decubit lateral stîng. Mai rar în unele cazuri se utilizează şi poziţia lateral stîngă, cînd femeia este culcată pe partea stîngă iar bărbatul pe partea dreaptă.

În funcţie de poziţia membrelor inferioare şi a corpului, aceasta poate deveni de fapt o poziţie latero-dorsală, mai ales pentru femeie. Avantajele acestei poziţii constau în faptul că evită susţinerea greutăţii corpului unui bărbat greu sau obez, mai ales de către o femeie slabă, cu o talie redusă. De asemenea cere un efort fizic redus, motiv pentru care este indicată în cazul partenerilor cu o stare de oboseală, disproporţii

Scanned with OKEN Scanner

între statura partenerilor, în convalescență, în caz de invaliditate și chiar în cursul sarcinii, în primele luni.

6. Poziția în care cei doi parteneri se găsesc față în față, bărbatul stînd normal pe un scaun, cu membrele inferioare depărtate, în timp ce femeia cu treimea superioară a coapsei se sprijină pe treimea superioară a coapsei bărbatului. În acest fel are loc o amplă expunere a organelor genitale ale femeii, atît prin îndepărtarea coapselor cît și prin ridicarea sau coborîrea bazinului acesteia în timpul actului sexual.

În cazul unei femei hipoexcitabile sau cu o experiență sexuală redusă, bărbatul putînd juca el singur rolul activ, adoptarea acestei poziții se consideră avantajoasă.

Indicațiile acestei poziții sînt în situații în care unul din parteneri este obez, la femei cu un vagin lung și în cazuri de frigiditate feminină.

Contraindicațiile acestei poziții sînt în cazurile de infantilism genital, femei cu un vagin foarte scurt, în sarcină, în caz de leziuni ale colului uterin.

2. **Poziția în care partea anterioară a bărbatului se găsește în fața părții dorsale a femeii.**

Această poziție mai puțin frecventă decît cea anterioară prezintă mai multe variante, cele mai importante fiind următoarele :

1. Poziția în care femeia este așezată, în decubit ventral, iar bărbatul deasupra sa cu membrele inferioare între cele ale femeii, care sînt îndepărtate. Ea nu se poate realiza dacă nu se adoptă cîteva modificări compensatoare ale coloanei lombare și implicit ale poziției bazinului.

Astfel, prin extensia coloanei lombare a femeii se modifică înclinarea bazinului, reducîndu-se direcția verticală a axei mari a vaginului, vulva și orificiul vaginal fiind îndreptate spre partea posterioară și în sus.

Extensia coloanei lombare poate fi favorizată de așezarea sub bazin — nu sub abdomen — a unei perne sau a unei pături rulate sau îndoite de mai multe ori.

O variantă a acestei poziții este aceea în care membrele inferioare ale femeii sînt întinse, cu coapsele strînse, în timp ce membrele inferioare ale bărbatului sînt îndepărtate, coapsele sale cuprinzînd în interiorul lor pe cele ale femeii.

Efectuarea contactului sexual în această poziție nu este posibilă decît în cazul unei femei normoponderale, dar mai ales slabe, cu un strat adipos redus în regiunile fesiere și coapse.

De asemenea, această poziție nu este convenabilă pentru bărbații obezi sau cu depozite adipoase importante în regiunea abdominală.

Se apreciază că această poziție asigură o satisfacere sexuală numai în cazul unei femei hiperexcitabile și cu multă experiență. Efectuarea actului sexual în această poziție este deseori dureroasă și traumatizantă pentru organele genitale feminine.

Indicația acestei poziții este rară și anume în cazuri de traumatisme și infirmități ale membrelor inferioare ale femeii.

2. Poziția în care femeia este așezată în decubit lateral stîng sau drept, mai frecvent preferîndu-se așezarea pe partea stîngă. Bărbatul este așezat tot lateral pe partea stîngă, la spatele femeii. De obicei, se

Scanned with OKEN Scanner

preferă poziţia laterală stîngă a ambilor parteneri, care permite mîngîierea femeii de către bărbat.

Se apreciază că această poziţie nu oferă excitaţii sexuale deosebit de intense. În schimb, este considerată ca foarte puţin obositoare pentru ambii parteneri. A fost recomandată adoptarea acestei poziţii de către persoane obosite, în convalescenţă, în caz de inflamaţii cronice ale organelor genitale ale femeii şi chiar în primele luni de sarcină.

3. Poziţia în care femeia este aşezată în genunchi, toracele formînd cu coapsele un unghi ascuţit, drept sau chiar obtuz.

Poziţia corpului femeii poate fi : 1. orizontală, cînd se sprijină pe mîini, pe coate sau pe un suport mai înalt ; 2. mult înclinată, cînd se sprijină pe coate sau cu toracele şi centura scapulară, de un suport mai redus ca înălţime, apropiindu-se de poziţia genucubitală, utilizată în ginecologie, corpul formînd cu coapsele un unghi ascuţit [124].

4. Poziţia în care femeia, întoarsă cu spatele, şade pe coapsele bărbatului aşezat pe un scaun. Pentru efectuarea contactului sexual, în timp ce coapsele bărbatului nu vor fi decît puţin depărtate, atît cît să asigure o poziţie comodă, cele ale femeii vor fi cît mai depărtate una de alta.

O variantă a acestei poziţii este aceea în care membrele inferioare ale bărbatului sînt întinse şi puţin îndepărtate, femeia aplecîndu-se înainte şi sprijinindu-se cu mîinile de gambele acestuia. Adoptarea acestei poziţii este dificilă, dacă nu chiar imposibilă, în cazul unor persoane supraponderale, obeze, femei cu un strat mare de ţesut adipos în regiunile fesiere sau bărbaţi cu un abdomen foarte dezvoltat.

5. Poziţia în care femeia este aşezată în decubit dorsal, cu membrele inferioare uşor flectate, iar bărbatul este aşezat în decubit lateral, cu axa mare a corpului aproape perpendiculară pe corpul femeii, piciorul drept al bărbatului pătrunzînd pe la spate între coapsele femeii, astfel încît coapsa stîngă a acesteia să se găsească între coapsele bărbatului.

Această poziţie are avantajul că este puţin obositoare.

6. Poziţia în care bărbatul este în decubit dorsal, cu membrele inferioare puţin depărtate. Femeia se găseşte aşezată deasupra simfizei pubiene a acestuia cu spatele spre extremitatea cefalică a bărbatului.

Trunchiul femeii are o poziţie mai mult sau mai puţin înclinată anterior. Poate fi indicată atunci cînd există o disproporţie a organelor genitale ale partenerilor, precum şi în cazul bărbaţilor obezi. Este contraindicată această poziţie mai ales în prezenţa unor leziuni ale colului uterin sau prolaps uterin.

Dezavantajul poziţiei constă în faptul că priveazǎ partenerii de emoţia erotică produsă de contemplarea reciprocă a frumuseţii corpului uman, de imposibilitatea sărutului şi a îmbrăţişărilor.

Deflorarea. Un aspect particular în cadrul tehnicilor contactului sexual îl prezintă deflorarea.

În cazul fetei fără o experienţă sexuală, efectuarea primului contact sexual ridică în primul rînd numeroase şi complexe probleme de ordin psihologic. Tînăra fată trebuie ajutată să-şi învingă pudoarea, să-şi sacrifice castitatea, să renunţe la un reflex înnăscut care este păstrarea integrităţii corporale. Acest obstacol psihic, trebuie bine cunoscut de către băr-

Scanned with OKEN Scanner

bat, este prezent întotdeauna la fata care nu a practicat actul sexual. Acest reflex înnăscut este întărit și devine conștient în condițiile vieții sociale prin educație și morală.

Învingerea acestui obstacol psihic impune din partea soțului o comportare plină de menajamente, de tact, răbdare și de înțelegere. Numai după ce s-a învins acest obstacol, după pregătirea psihologică a fetei bărbatul va trece la îndepărtarea obstacolului fizic, în mod obișnuit reprezentat prin membrana himenală. Trebuie menționat că acest obstacol fizic nu este unicul, blocarea accesului la vulvă prin strîngerea coapselor ilustrînd o pregătire psihologică insuficientă și deci necesitatea amînării tentativei de deflorare, pînă în momentul cînd fata acceptă să coopereze la efectuarea acestui prim contact sexual. Să nu se uite observația judicioasă a lui Balzac „Nu-ți începe căsătoria printr-un viol".

Prin noțiunea de deflorare se înțelege în mod obișnuit ruperea membranei himenale. Recunoașterea acestei membrane, ca unic semn al virginității, este inexactă întrucît sînt cazuri cînd membrana himenală lipsește de la naștere sau himenul este foarte elastic. Himenul mai poate fi rupt în afara contactului sexual în caz de accidente, intervenții chirurgicale sau chiar datorită practicării masturbației sau autoerotismului de către fete.

Mai trebuie amintite situațiile în care fata a avut o experiență sexuală prin contact sexual vestibular, fără ca himenul să fi fost traversat. Sînt situații, ca, de exemplu, în cazul unui himen complezant cînd adevărata deflorare, deci ruperea himenului, survine numai la naștere dacă bine-înțeles aceasta a avut loc normal, pe căile genitale și nu prin intervenția chirurgicală.

Ținînd seama de aceste aspecte, poate că noțiunea de „deflorare" ar trebui să se refere la primul contact sexual al fetei, indiferent dacă himenul a fost rupt sau nu.

Menționăm că deflorarea se va face cu fata așezată în decubit dorsal; printr-o mișcare progresivă de intensitate mereu crescîndă se va întinde marginea anterioară a membranei pînă în momentul cînd aceasta cedînd se rupe.

În acest moment, marea majoritate a femeilor (peste 80%) menționează o senzație dureroasă, mai mult sau mai puțin intensă. Pentru reducerea timpului cît durează această senzație dureroasă, un rol important revine cooperării femeii, care, dacă nu încearcă să se retragă, ci din contra exercită o mișcare contrară direcției de alunecare a penisului, ruperea himenului și pătrunderea penisului se fac foarte rapid. În unele statistici se menționează că circa 20% din femei nu au simțit durere în momentul deflorării, ceea ce nu înseamnă o absență a virginității [119].

În mod obișnuit, hemoragia produsă de ruperea himenului este foarte mică, ea fiind oprită prin rămînerea femeii în decubit dorsal, cu coapsele strînse, evitîndu-se atingerea părților traumatizate.

În general, acest prim contact sexual este destul de scurt, tensiunea sexuală și psihică a bărbatului producînd o ejaculare rapidă, chiar precoce, iar posibilitatea ajungerii la orgasm a femeii este inhibată de senzația de durere, de pudoare, de importanța actului la care participă și care-i afectează întreaga structură psihosomatică.

Scanned with OKEN Scanner

Se apreciază că posibilitatea obţinerii unei satisfaceri sexuale la primul contact sexual este foarte redusă la femeie. Cu toate acestea, pentru a evita o iritare a părţilor rupte, sîngerînde ale himenului, bărbatul nu va repeta actul sexual 2—3 zile de la deflorare.

Perioada care urmează după „noaptea nunţii", pe care mulţi şi-o închipuie foarte greşit ca o dezlănţuire de erotism fără margini, aşa-numita „luna de miere" constituie perioada de studiu a acestei ştiinţe, care, cum o numea Balzac, este „căsătoria".

Prezenţa la femei a unei hipoexcitabilităţi sexuale după deflorare este fiziologică şi normală. În primele săptămîni care urmează după deflorare, femeia trebuie să înveţe cum să se comporte şi cum să participe la efectuarea contactului sexual. În funcţie de particularităţile individuale, după o perioadă de cîteva săptămîni pînă la cîteva luni are loc o creştere progresivă a excitabilităţii ei sexuale, o erotizare vaginală care favorizează apariţia orgasmului.

Această perioadă a primelor săptămîni, care urmează după deflorare, este o perioadă de acomodare a celor doi soţi. Bărbatului îi revine rolul principal în acest proces complex de iniţiere a femeii în subtilele probleme ale vieţii sexuale.

El trebuie să aibă o atitudine binevoitoare, plină de menajamente, atenţie şi delicateţe, să dea dovadă de multă răbdare şi stăpînire de sine.

Perioada aceasta, denumită atît de plastic „luna de miere", în funcţie de comportarea celor doi soţi, dar mai ales a bărbatului, constituie unul dintre cei mai importanţi factori în reuşita pe plan psihologic şi sexual a unei căsătorii. Ea trebuie să reprezinte un element de reper în timp, de care cei doi componenţi, bărbatul şi femeia, să-şi aducă aminte cu plăcere pînă la adînci bătrîneţe.

Aceasta presupune însă şi o atentă înţelegere din partea colectivităţilor în care aceştia trăiesc şi lucrează, din partea familiei şi a prietenilor. A banaliza momentul naşterii unei căsnicii constituie un „atentat" la edificarea unei noi familii şi o condamnabilă lipsă de respect pentru căsătorie.

Începuturile pline de neprevăzut şi deci cu posibile grade de dificultate ale vieţii conjugale trebuie în permanenţă să fie ocrotite şi să stea în atenţia colectivelor în care trăiesc şi muncesc fiecare din cei doi protagonişti, uneori foarte deosebiţi. A ajuta această armonizare a două personalităţi diferite este poate cel mai important lucru şi cîteodată cel mai dificil pentru trăinicia unei căsnicii.

CONTACTUL SEXUAL ÎN PERIOADA GRAVIDITĂŢII

În funcţie de comportamentul sexual al femeii gravide, unii autori au descris trei categorii (Sha Kokken 1963, [119].

Prima categorie cuprinde acele femei care au un libido crescut, datorită siguranţei pe care le-o conferă graviditatea. Acestea pot ajunge la stări de orgasm foarte intense, mai ales în primele trei luni, în special la prima sarcină. Recomandabil ca în această perioadă totuşi să nu se efec-

Scanned with OKEN Scanner

tueze contacte sexuale prea frecvente şi prea profunde, care ar putea influenţa negativ sarcina.

A doua categorie este constituită din femeile gravide la care se produce o scădere şi chiar inhibiţia libidoului, datorită sentimentului de dragoste maternă care elimină motivaţia sexuală a acestora. Femeile din această grupă prezintă o frigiditate pasageră în timpul perioadei graviditătii, unele din ele avînd chiar un sentiment de culpabilitate faţă de contactul sexual, practicat în această situaţie. Se recomandă în aceste condiţii o comportare atentă, plină de înţelegere din partea soţului.

A treia categorie cuprinde femeile cu o stare de graviditate avansată la care se constată o senzualitate scăzută, cu interes redus faţă de contactul sexual, datorită modificărilor funcţionale congestive în urma vasodilataţiei intense la acest nivel.

O creştere marcată a erotismului şi a plăcerii oferite de contactul sexual s-a constatat la femeile gravide, indiferent de vîrstă şi numărul sarcinilor, în al doilea trimestru al graviditătii, comparativ cu primul trimestru şi cu perioada anterioară sarcinii.

La nulipare s-a constatat o scădere netă a frecvenţei contactelor sexuale în trimestrul al treilea, comparativ cu trimestrul al doilea.

S-au făcut următoarele recomandări cu privire la contactul sexual în perioada graviditătii [119] :

Limitarea activitătii sexuale în prima jumătate a sarcinii la un contact sexual la 6—10 zile. După aceea pînă în luna a 7-a un contact sexual la 10 zile, iar în lunile 8 şi 9 stoparea contactului sexual. Abstinenţa aceasta este justificată de posibilitatea unor contracţii uterine dureroase ca de naştere, declanşarea naşterii premature sau predispunerea la infecţii puerperale.

Se admit raporturile sexuale în primele două trimestre ale graviditătii, cu condiţia ca femeia să aibă o bună stare de sănătate, respectiv fără disgravidie, hipertensiune, albuminurie etc.

Se va căuta utilizarea unor tehnici copulatorii adaptate modificărilor anatomo-funcţionale pe care le prezintă femeia, recomandîndu-i-se în general poziţiile posterioare, latero-posterioare, precum şi cele anterioare care însă vor tinde să evite orice presiune la nivelul abdomenului.

Se va evita de către bărbat excitarea organelor genitale feminine, introducerea profundă a penisului şi mişcările intravaginale brutale. Femeia se va abţine de la mişcările copulatorii de cooperare în timpul contactului sexual.

CONTACTUL SEXUAL DUPĂ NAŞTEREA COPILULUI

La unele femei, în perioada de după naştere (post-partum) se constată o scădere a senzaţiilor erotice care durează pînă la circa trei luni. În alte cazuri, în această perioadă s-au observat variaţii foarte mari ale

Scanned with OKEN Scanner

libidoului de la situații similare celor dinaintea nașterii (ante-partum), pînă la o intensificare netă a acestuia.

Unele femei au declarat prezența orgasmului după prima naștere, fenomen absent înainte de graviditate.

În general, se apreciază că femeia prezintă o satisfacție sexuală mai intensă după prima naștere.

Senzualitatea femeii este puternic influențată de factorul psihic și nu numai de excitația locală genitală. Femeile care alăptează au un erotism mai intens în această perioadă, cu toate că reluarea funcției secretorii a ovarului este mult mai întîrziată, comparativ cu femeile care nu alăptează.

Se apreciază că revenirea la o activitate sexuală normală are loc la circa 6—8 săptămîni de la data nașterii.

Această perioadă de întrerupere a contactului sexual este necesară pentru revenirea la normal a stării anatomo-funcționale a aparatului genital : vulvă, vagin, uter, ovare. Dacă și după acest interval de timp de 6—8 săptămîni femeia prezintă după contactul sexual dureri perianale sau iritații ale mucoasei vaginale, interdicția va continua încă o perioadă de timp. Efectuarea contactelor sexuale mai devreme nu este recomandabilă întrucît excitarea sexuală intensifică congestia organelor genitale putînd apare dureri sau chiar hemoragii [119].

ACCIDENTE ÎN TIMPUL ACTULUI SEXUAL

1) În timpul primului contact sexual, cu ocazia deflorării sau la tinere femei în timpul copulației, datorită unor factori diverși : durere, hiperexcitabilitate, neconcordanța organelor genitale feminine și masculine, hiperstezia mucoasei vaginale etc., poate apare un vaginism acut după introducerea penisului în vagin. Se produce ceea ce se cheamă „penis captivus", adică imposibilitatea retragerii penisului din vagin datorită contracturii spastice, involuntare a mușchilor perivaginali..

În aceste condiții, în urma compresiunii vaselor penisului, erecția se menține, ambii parteneri acuzînd dureri care se accentuează dacă se fac încercări de retragere a penisului din vagin. În acest caz se impune asistența medicală de urgență.

2) Un accident, de asemenea, rar, care survine la bărbat este ruptura penisului. Apariția accidentului are loc în timpul cînd penisul este

Scanned with OKEN Scanner

în erecție și se caracterizează printr-o durere violentă și stare de colaps chiar. În aceste condiții poate avea loc ruperea celor doi corpi cavernoși și a corpului spongios sau numai a uneia din aceste formații anatomice, ruptura fiind mai frecventă în treimea distală a penisului, în unele cazuri producîndu-se și ruptura uretrei. Penisul este deformat cu hematom și uretroragie, impunînd un tratament medical de urgență.

3) Un alt accident extrem de rar este luxația penisului, care constă în pătrunderea bazei acestuia în țesutul subcutanat din regiunea pubiană, inghinală sau scrotală, fiind însoțit de un hematom care poate acoperi aproape complet penisul. Și în acest caz se impune un tratament medical de specialitate.

Scanned with OKEN Scanner

FERTILITATEA ŞI INFERTILITATEA

FERTILITATEA FEMININĂ

Fertilitatea feminină — care poate fi definită drept capacitatea de a da naştere unui copil sănătos normal dezvoltat — este condiţionată de numeroase structuri ale organismului a căror integritate funcţională şi organică este absolut necesară pentru menţinerea intactă a acesteia.

Aşa cum s-a arătat, în capitolul anterior, ovulaţia se produce în urma unor interacţiuni între hipotalamus, lobul anterior al hipofizei şi ovare, echilibrul armonios între gonadotropine şi steroizii ovarieni asigurînd desfăşurarea în mod regulat a acestui fenomen.

Anovulaţia se poate datora unei proaste funcţionări a acestui mecanism complex la un nivel oarecare, mai ales în centrii cerebrali superiori, axa hipotalamo-hipofizo-ovariană şi procesul de reglare a secreţiei steroizilor.

În perioada de activitate genitală a femeii, lunar se maturează un singur folicul de Graaf pentru ambele ovare, care la mijlocul ciclului menstrual se rupe şi eliberează un ovul ; concomitent cu ruperea foliculului şi eliminarea ovulului se eliberează lichidul folicular, care favorizează transportul ovocitului spre trompă, are un rol trofic pentru ovocit şi pentru oul fecundat şi facilitează pătrunderea spermatozoizilor prin căile genitale feminine pînă la nivelul trompelor (fig. 24).

Încă înainte de ruperea foliculului are loc o congestionare a pavilionului trompei care se lipeşte de ovar, astfel încît în momentul ruperii foliculului, ovulul este captat de către trompă, această captare fiind uşurată de scurgerea unui lichid de absorbţie din serozitatea peritoneală înspre pavilionul trompei.

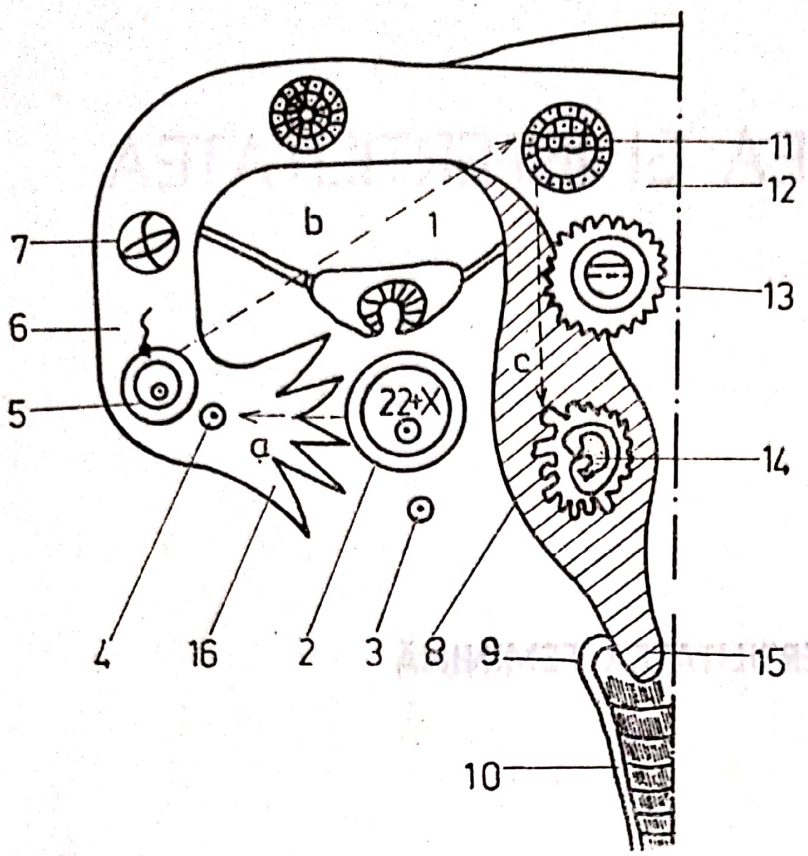

Fig. 24. Traseul parcurs de ovul şi ou pînă în momentul nidării cu timpul parcurgerii distanţelor: a. 24 de ore; b. 4 zile; c. 5 zile (1. ovarul; 2. ovulul; 3. primul globul polar; 4. ovul; 5. ou cu al doilea globul polar ce urmează a fi eliminat; 6. spermatozoid; 7. morula; 8. placă embrionară; 9. fundul de sac vaginal; 10. vaginul; 11. blastulă; 12. cavitatea uterină; 13. trofoblast; 14. embrion; 15. colul uterin; 16. pavilionul trompei; (schematic emisecţiune).

Înaintarea ovulului prin lichidul folicular se face datorită mişcărilor ondulatorii ale trompei, pînă la nivelul treimii externe a acesteia unde este locul de întîlnire cu spermatozoidul şi se produce fecundaţia. Timpul parcurgerii acestei distanţe se apreciază la 12—20 de ore de la ovulaţie. Pentru a fi fecundat ovulul, spermatozoidul trebuie să ajungă în treimea externă a trompei.

După ejaculare, sperma se depune în fundul de sac posterior al vaginului, a cărui aciditate uşoară obligă o deplasare a spermatozoizilor către secreţiile cervicale alcaline, abundente şi filante care favorizează trecerea spermatozoizilor în col. Aceste secreţii cervicale ale colului uterin conţin substanţe nutritive care duc la o maturare funcţională a spermatozoizilor, mărindu-le vitalitatea şi mobilitatea. Aceştia înaintează în cavitatea uterină, cîteva mii de spermatozoizi pătrunzînd în trompe şi în cazul cînd trompa este permeabilă cîteva sute ajung în treimea externă a acesteia. Dintre aceştia, în mod normal, numai unul se va uni cu ovulul rezultînd oul, care va migra prin trompă spre cavitatea uterină. Migrarea durează 3—4 zile, fiind favorizată de mişcările trompei. În aceste cîteva zile oul prezintă primele diviziuni transformîndu-se într-o aglomerare de celule care are aspect de mură, de unde şi numele de morulă, continuîndu-şi migrarea spre cavitatea uterină. După eliminarea ovulului din folicul, odată cu formarea de corp galben începe şi secreţia de progesteron, care în timp influenţează mişcările trompei, încetinindu-le şi micşorînd viteza de deplasare a oului.

În cazul existenţei pe acest traseu de obstacole de ordin mecanic, inflamaţii sau spasme ale musculaturii trompelor, se poate produce o blo-

Scanned with OKEN Scanner

care a oului pe traiectul trompei, rezultînd ceea ce se cheamă sarcină extrauterină. În mod normal, după 4 zile oul ajunge în cavitatea uterină, unde apare sub formă de blastocist care conţine două tipuri de celule şi anume : unele centrale formînd embrionul şi altele periferice formînd trofoblastul. Aflat în acest stadiu, oul rămîne liber în cavitatea uterină timp de două zile, constituind perioada de preimplantare. Nutriţia oului în aceste condiţii se face cu substanţe nutritive care se găsesc în secreţiile uterine. Concomitent în această etapă mucoasa uterină suferă transformări în vederea implantării.

Astfel, în a 6-a zi de la fecundaţie, datorită secreţiei unei enzime, oul erodează mucoasa şi se implantează în peretele uterin, unde se formează placenta prin intermediul căreia se asigură nutriţia embrionului cu sîngele mamei. Cel mai frecvent oul se implantează în mucoasa fundului cavităţii uterine, la acest nivel tonusul muscular fiind mai scăzut în săptămîna care urmează după ovulaţie şi tot în acest interval producîndu-se şi o acumulare de enzime care asigură nutriţia oului. Mucoasa uterină pregătită pentru a primi oul prezintă o serie de modificări, printre care prezenţa unor glande răsucite în spirală asemănătoare cu dinţii unui fierăstrău, celulele fiind încărcate cu substanţe nutritive şi glicogen. Această pregătire a mucoasei uterine pentru a fixa oul este condiţionată de o secreţie hormonală normală a ovarelor. Orice perturbare a secreţiilor hormonale ovariene poate duce la absenţa pregătirii mucoasei, făcînd imposibilă fixarea oului în uter, chiar dacă fecundaţia s-a produs în condiţii normale.

După implantarea blastocistului în uter, se dezvoltă progresiv structurile embrionare : ectoblastul, endoblastul şi mezoblastul. Aceste foiţe embrionare dau naştere la diferitele ţesuturi şi organe ale embrionului. În general, se consideră că din ectoblast se vor forma sistemul nervos, organele de simţ, pielea, fanerele ; din endoblast aparatul digestiv, respirator, glandele cu secreţie internă, iar din mezoblast aparatul locomotor (scheletul şi muşchii), aparatul cardio-vascular, aparatul genito-urinar.

În cursul celor 9 luni de gestaţie, dezvoltarea oului pînă la naştere se poate împărţi în două etape şi anume : o etapă embrionară în care viitorul făt nu are aspectul caracteristic uman şi o etapă fetală în care acest aspect este prezent. Limita între aceste două etape se situează înspre sfîrşitul lunii a 2-a şi începutul lunii a 3-a.

Se consideră că transformarea în embrion are loc după 18 zile de la fecundare, cînd acesta seamănă cu un bob de fasole şi încep să apară sub forma unor muguri primele trei somite din care se vor forma vertebrele, coastele, musculatura corpului, tubul digestiv.

După trei săptămîni embrionul are o lungime de 2 mm, dezvoltîndu-se extremitatea cefalică, creierul şi măduva spinării ; după patru săptămîni lungimea embrionului atinge 5 mm şi începe să se schiţeze aparatul cardiovascular. După cinci săptămîni embrionul are o lungime de 10 mm, din care 1/3 este reprezentată de extremitatea cefalică.

Încep să se schiţeze membrele superioare şi inferioare, faţa, ochii, nasul. Numărul total de 41 de somite este prezent începînd din a 6-a săptămînă.

Scanned with OKEN Scanner

La sfîrşitul celor două luni embrionul are o lungime de 2—3 cm şi o greutate de 10—11 g.

Extremitatea cefalică este bine dezvoltată, ficatul ocupă o mare parte din cavitatea abdominală, iar la membre încep să apară degetele, embrionul prezentînd un aspect uman. După majoritatea autorilor, embrionul de la această dată poartă denumirea de „făt".

La sfîrşitul lunii a 3-a fătul are o lungime de 9—12 cm şi o greutate de 40—55 g, în această perioadă apar pleoapele, dar lipite. Cresc membrele superioare şi inferioare, apar unghiile la degete, iar organele sexuale externe încep să se diferenţieze pentru sexul respectiv.

La sfîrşitul lunii a 4-a lungimea fătului atinge circa 16 cm, iar greutatea 270 de grame.

Se observă o creştere a trunchiului, cu individualizarea tuturor părţilor corpului, inclusiv sexului.

Suprafaţa cutanată prezintă perişori fini ce poartă denumirea de „lanugo", iar sub piele se observă o vascularizaţie foarte bogată. Se constată, de asemenea, mişcări active ale membrelor. La sfîrşitul lunii a 5-a lungimea fătului este de circa 25 cm, iar greutatea de aproximativ 650 g ; el începe o orientare provizorie, capul, partea cea mai voluminoasă, plasîndu-se în fundul cavităţii uterine.

Datorită secreţiilor glandelor sebacee, suprafaţa tegumentelor este acoperită cu produsul acestora, care poartă denumirea de „vernix caseosa".

Activitatea cordului permite ascultarea bătăilor inimii prin peretele abdominal al mamei.

Intestinul conţine „meconiul" rezultat în urma secreţiei intestinale şi biliare, iar mişcările membrelor sînt mai puternice.

La sfîrşitul lunii a 6-a fătul are o lungime de circa 35 cm şi o greutate de aproximativ 1 kg, menţinîndu-şi aceeaşi orientare provizorie pelvină, tegumentele se îngroaşă prin depunerea de ţesut celular adipos, pleoapele sînt separate, aspectul fătului fiind de copil îmbătrînit. Avînd toate părţile componente ale nou-născutului, cu o îngrijire corespunzătoare fătul poate supravieţui dacă este născut.

Datorită dezvoltării funcţionale reduse şi imaturităţii organismului, naşterea fătului la această vîrstă poartă denumirea de „avort".

La sfîrşitul lunii a 7-a fătul îşi schimbă poziţia luînd, orientarea definitivă prin realizarea aşa-zisei „culbute fetale", cînd pelvisul ocupă fundul cavităţii uterine. Lungimea fătului este de circa 40 cm, iar greutatea ajunge la 1 750 g. Suprafaţa cutanată este acoperită cu lanugo, iar ţesutul celular adipos este relativ dezvoltat. La sfîrşitul lunii a 8-a fătul are o lungime de circa 45 cm şi o greutate de circa 2 500 g. Suprafaţa cutanată are o coloraţie roşie datorită bunei vascularizaţii, iar formele sînt rotunjite prin dezvoltarea ţesutului adipos şi al musculaturii.

La sfîrşitul lunii a 9-a fătul a ajuns la termen, avînd o lungime de circa 50 cm şi o greutate de 3 250 g—3 500 g. Pe suprafaţa cutanată lanugo dispare, la băieţi testiculele sînt coborîte în scrot, iar la fetiţe labiile mari acoperă clitorisul şi labiile mici.

Datorită dezvoltării sale morfofuncţionale, fătul este astfel adaptat pentru a trăi în mediul extern după naştere. Pentru naşterea unui copil

Scanned with OKEN Scanner

sănătos normal dezvoltat, o importanță deosebită o prezintă absența oricărui traumatism psihic sau fizic al mamei, mai ales în primele trei luni de sarcină.

Femeia gravidă va evita eforturile fizice intense, stările de tensiune psihică, expunerea la radiații ionizante, utilizarea unor medicamente fără avizul medicului specialist, se va abține de la consum de alcool și de la fumat, factori cu o nocivitate deosebită pentru produsul de concepție.

Cam o dată la 200 de sarcini, placenta, a cărei localizare este de obicei către fundul uterului sau părțile laterale ale cavității uterine, se poate fixa în porțiunea de jos a uterului, o parte din ea putînd chiar acoperi orificiul uterin.

Această inserție anormală a placentei se numește „placenta praevia", avînd ca simptom principal, hemoragii spontane, fără dureri în luna a 7-a. Ea este mai rară la femeile care sînt la prima sarcină.

Legătura fătului cu placenta se realizează prin intermediul cordonului ombilical, care conține două artere și o venă.

În ceea ce privește placenta, aceasta are o parte fetală și o parte uterină, fiind acoperită de trei membrane subțiri. Prima este amniosul, care circumscrie cavitatea amniotică, în care se găsesc lichidul amniotic și fătul. Aceasta este o membrană subțire transparentă, fiind cea mai internă a sacului fetal care conține fătul, cordonul ombilical și lichidul amniotic. Corionul este a doua membrană mai groasă, fibroasă, care învelește amniosul. Caduca este a treia membrană, care este situată între membrana corionică și mușchiul uterin.

Lichidul amniotic începe să apară încă din luna a 2-a de sarcină, ajunge în luna a 5-a la aproximativ 1 000 ml, egalînd greutatea fătului și scăzînd continuu, către sfîrșitul sarcinii ajungînd la 500—800 ml. Rolul lichidului amniotic este acela de-a asigura protecția și dezvoltarea armonioasă a fătului; el nu permite formarea de aderențe între membrana amniotică, embrion și făt și amortizează șocurile produse la nivelul uterului, de factorii externi.

Prezența lichidului amniotic reduce senzațiile dureroase pe care le-ar percepe mama, în urma mișcărilor active ale fătului direct pe uter.

Totodată, lichidul amniotic favorizează dezvoltarea uniformă a uterului în timpul sarcinii. Fătul înghite lichid amniotic, în tubul digestiv al acestuia întîlnindu-se elemente din lichidul amniotic, celule epidermice, peri etc.

În timpul sarcinii se observă modificări morfofuncționale ale uterului, în vederea dezvoltării intrauterine a fătului și nașterii. Cele mai importante modificări le prezintă țesutul muscular, observîndu-se o hipertrofie a fibrelor musculare și o hiperplazie a acestora.

Datorită caracteristicilor musculaturii uterine, uterul poate să-și modifice forma, volumul și dimensiunile lui în limite foarte largi, de la 2—3 ml pînă la 4—5 litri.

În prima jumătate a sarcinii, semnele majore sînt oprirea menstruației și creșterea progresivă a uterului. Totodată se observă mărirea sînilor cu pigmentarea areolei mamare, apariția tuberculilor Montgomery, precum și pigmentarea organelor genitale externe.

Scanned with OKEN Scanner

La 4 luni și jumătate de sarcină se simt mișcările active ale fătului, precum și zgomotele cordului fetal. Stabilirea datei probabile a nașterii se poate face prin adăugarea la data contactului sexual fecundant a 280 de zile, sau prin adăugarea la prima zi a ultimei menstruații a 10 zile și apoi la acest număr se va adăuga 270 de zile, adică 9 luni.

După un timp de 270—280 de zile cît se estimează o sarcină normală, are loc procesul nașterii care constă în eliminarea naturală a fătului și anexelor sale din cavitatea uterină.

În majoritatea cazurilor, așezarea fătului este de-a lungul axei mari a uterului, denumită și așezare longitudinală, iar mai rar fătul este așezat perpendicular pe axa longitudinală a uterului, avînd o așezare „transversă".

În cazul așezării longitudinale, care este cea mai frecventă, ieșirea fătului din bazin se va face cu capul, fie cu pelvisul.

Se apreciază că în 95% din cazuri fătul se prezintă pentru a ieși din bazin cu capul, adică are o „prezentație craniană" ; atunci cînd în strîmtoarea superioară a bazinului se prezintă cu pelvisul se cheamă „prezentație pelviană".

Pentru a se produce nașterea, copilul trebuie să parcurgă un adevărat tunel, de la strîmtoarea superioară a bazinului pînă la strîmtoarea inferioară. Principalii timpi prin care se realizează nașterea sînt reprezentați de : 1) „angajarea", adică trecerea copilului de strîmtoarea superioară a bazinului și pătrunderea în bazin ; 2) coborîrea, adică străbaterea distanței dintre strîmtoarea superioară și cea inferioară a bazinului ; 3) degajarea, adică trecerea fătului de strîmtoarea inferioară (fig. 25).

Principalele etape în realizarea nașterii s-au clasificat în :

1) perioada de dilatare ; 2) perioada de expulsie a fătului ; 3) perioada de expulsie a placentei.

1) **Perioada de dilatare.** Se caracterizează prin contracțiile uterine ritmice care exercită presiune asupra fătului ilustrînd starea numiată „travaliul de naștere". Pentru realizarea acestei stări, contracțiile uterine trebuie să survină la un anumit interval de timp, să aibă o anumită durată și intensitate și să ducă la dilatarea colului uterin.

a) *Angajarea fătului în bazin.* Datorită contracțiilor uterine succesive, la intervale tot mai scurte și cu o intensitate tot mai mare, fătul este supus presiunii din mai multe direcții deplasîndu-se spre canalul colului uterin, care opune o rezistență mai redusă.

Astfel, fătul pătrunde în bazin, realizîndu-se așa-numita „angajare" în strîmtoarea superioară a bazinului. Se poate spune că procesul nașterii a început cînd contracțiile se succed la intervale din ce în ce mai scurte, cu o intensitate crescută, iar dilatarea colului uterin apreciată de medic este de 1—2 cm.

Dilatarea colului uterin este însoțită de dureri, care în decurs de cîteva ore, se succed mai rapid de la un interval de 20—30 minute la numai 8—10 minute și de la o durată de cîteva secunde ajung la 25—30 secunde.

În această etapă pot apare secreții și scurgeri sanguinolente, precum și scurgeri ale lichidului amniotic, prin ruperea „pungii apelor", care are loc de obicei la sfîrșitul perioadei de dilatare a colului uterin.

Scanned with OKEN Scanner

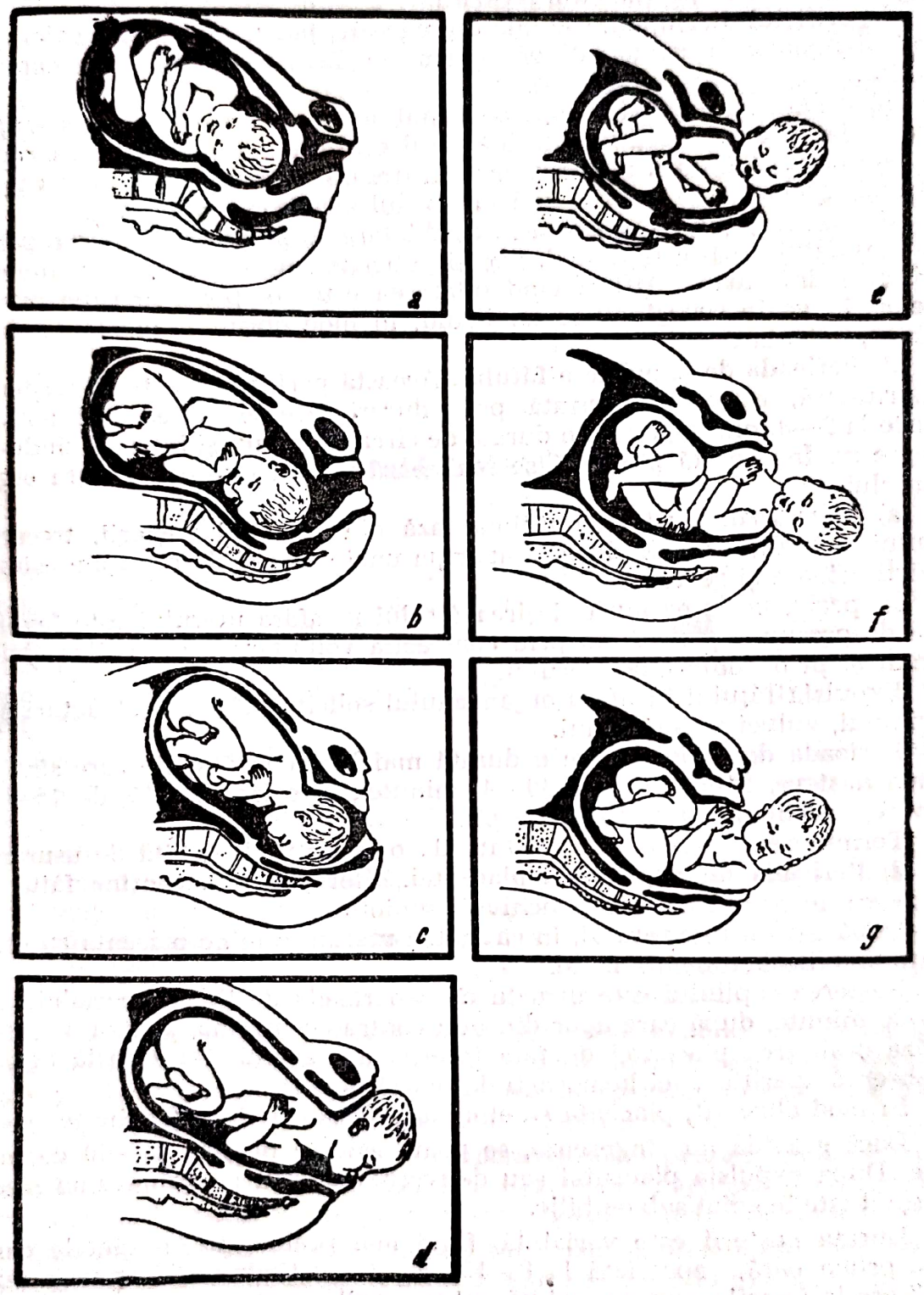

Fig. 25. Timpii naşterii în prezentaţia craniană flectată (schemă generală) (4).

Scanned with OKEN Scanner

Contracţiile uterine sînt declanşate de mecanismele neurohormonale în care rolul principal îl are hormonul ocitocina, secretat de hipotalamus.

Datorită contracţiilor uterului, colul se scurtează, prin lărgirea orificiului intern şi se dilată încorporîndu-se în uter, care ia forma unui ovoid cu o deschidere în porţiunea inferioară.

În orificiul uterin, care se dilată progresiv, pătrunde punga apelor, iar cînd diametrul acestuia atinge 11 cm se favorizează trecerea capului fătului.

b) *Coborîrea fătului.* După ce capul a trecut de strîmtoarea superioară, datorită contracţiilor uterine fătul este împins în tunelul delimitat de cele două strîmtori, moment care ilustrează al doilea timp al naşterii, denumit „coborîrea fătului" pînă la nivelul strîmtorii inferioare.

Se poate spune că în perioada de dilatare se produce angajarea părţii cu care fătul se prezintă în bazin şi coborîrea acestuia pînă la nivelul strîmtorii inferioare. Atunci cînd dilatarea este completă se rupe punga apelor, în vagin scurgîndu-se un lichid, în mod obişnuit, incolor şi fără miros particular.

2. **Perioada de expulsie a fătului.** Această perioadă, ilustrînd naşterea propriu-zisă, este caracterizată prin dureri care se succed la intervale scurte la 2—3 minute, avînd o durată de circa un minut şi intensificîndu-se progresiv. În această perioadă se realizează ieşirea fătului în afara organismului.

a) *Degajarea.* Ilustrează ultima fază din procesul naşterii, trecerea fătului în bazinul moale duce la apariţia unei senzaţii de presiune asupra vezicii urinare şi rectului.

În perioada de expulsie, ieşirea fătului în afara uterului este favorizată de presiunea exercitată prin contracţia voluntară a muşchilor abdominali şi prin contracţia uterului.

Expulsia fătului în afara organismului solicită diferitele structuri ale vaginului, vulvei şi perineului.

Perioada de expulsie are o durată mai lungă la femeile care sînt la prima naştere, fiind de circa 40—45 minute; este mai scurtă, de 15—30 minute, la femeile cu mai mulţi copii.

Terminarea naşterii este însoţită de o senzaţie deosebită de uşurare.

3) **Perioada de expulsie a placentei.** Uterul gravid conţine fătul şi anexele sale adică placenta şi lichidul amniotic.

După expulzarea fătului, în cavitatea uterină rămîne placenta cu cordonul ombilical şi membranele.

Naşterea copilului este urmată de o perioadă de linişte, variabilă de 10—20 minute, după care apar din nou contracţii uterine, pentru a se favoriza deslipirea placentei de faţa internă a uterului. Cu această ocazie se observă apariţia unei hemoragii de scurtă durată.

În mod obişnuit, placenta se elimină spontan în 15—20 minute.

Dacă gravida nu sîngerează, se poate aştepta pînă la 45—60 de minute. După expulsia placentei sau delivrenţă, uterul ia forma unei sfere dure, situate imediat sub ombilic.

Durata naşterii este variabilă, fiind mai prelungită la femeile care nasc prima oară, apreciată la 9—10 ore şi scurtîndu-se la aproximativ 2—3 ore la femeile care au mai născut un copil.

Scanned with OKEN Scanner

Perioada de dilatație a colului este cea mai lungă, reprezentînd aproape 8—9 ore din durata totală a procesului nașterii.

Expulsia are o durată scurtă, de obicei la 20—30 minute pînă la maxim 60 de minute.

Se apreciază că fertilitatea feminină este optimă între 20—30 ani, fiind diminuată după pubertate și la menopauză, datorită tulburărilor hormonale caracteristice acestor perioade.

Un rol important revine vîrstei căsătoriei, rămînînd mai frecvent gravide femeile căsătorite înainte de 30 de ani, comparativ cu cele căsătorite după această vîrstă.

În cazul căsătoriilor consanguine, sterilitatea s-ar întîlni la 1/3 din cazuri. Clima intervine și ea ca un factor important în fertilitate, care este mai ridicată în zonele calde, tropicale, comparativ cu regiunile temperate; în regiunile nordice polare, fertilitatea este mai redusă comparativ cu zonele temperate.

FERTILITATEA MASCULINĂ

Fertilitatea masculină reprezintă capacitatea fecundantă a bărbatului, înțelegînd prin aceasta integritatea organelor genitale, realizarea normală a actului sexual, producerea de spermatozoizi cu caractere normale și ejacularea unei cantități corespunzătoare de spermă în vagin. Fertilitatea masculină este condiționată de numeroși factori, un rol important revenind caracteristicilor spermei.

Aceasta conține diverși constituenți, care provin din glandele anexe. Ordinea în care se produc aceste secreții este următoarea: secreția glandelor lui Cowper, secreția prostatei, secreția de spermatozoizi, secreția veziculelor seminale.

În mod normal, culoarea spermei este opalescentă gălbuie și are o consistență vîscoasă. Ea tinde să se coaguleze imediat după ejaculare, lichefiindu-se după 10—15 minute de păstrare la temperatura de 18—20 °C. Volumul acesteia variază de la 2,5—5 ml, fiind în funcție de secreția glandelor anexe, mai ales a prostatei și a veziculelor seminale.

Analiza spermei evidențiază modificări ce au avut loc cu cîteva săptămîni mai înainte la nivelul testiculului, dacă ținem seamă de timpul necesar producerii spermatogenezei, transportul spermatozoizilor, maturării acestora, stocării lor și transportului prin canalul deferent.

Se consideră că peste 75% din spermatozoizii prezenți în cazul unei ejaculări normale provin din epididim. Rezerva extragonadică de spermatozoizi poate fi epuizată prin ejaculări repetate, la scurte intervale de timp.

Timpul necesar pentru transportul spermatozoizilor de la nivelul testiculului la lichidul ce urmează a fi ejaculat ar fi în medie de 12 zile, cu variații între 1—21 de zile. Viteza de transport a spermatozoizilor de-a

Scanned with OKEN Scanner

lungul epididimului este influențată de frecvența ejaculărilor. Volumul lichidului ejaculat depinde de numărul ejaculărilor. Lichidul ejaculat la oamenii sănătoși prezintă mari variații individuale ale numărului spermatozoizilor. În cazul unui număr redus, sub 20 de milioane pe ml, s-a observat o scădere a capacității de fecundare [88].

S-a emis ipoteza că motilitatea spermatozoizilor „în vitro" ilustrează viabilitatea lor „in vivo". De asemenea se consideră că această motilitate influențează și puterea lor fecundantă.

Metodele biochimice permit o apreciere a activității secretorii a organelor sexuale și a calității spermei.

Se consideră că o spermă de „bună calitate" are în mod normal un număr mare de spermatozoizi mobili și foarte activi din punct de vedere metabolic. Existența cu toate acestea a unor spermatozoizi mobili însă fără capacitate de fecundare, a dus la ipoteza unor modificări patologice interesînd fie dezoxiribonucleoproteina, fie complexul lipo-glucoproteinic acrosomic. În legătură cu modificările chimice ale dezoxiribonucleoproteinei spermatozoizilor, se pare că acestea nu ar consta atît în variații cantitative ale ADN-lui cît mai ales în modificări survenite la nivelul legăturilor chimice între ADN și proteinele nucleului, precum și schimbări survenite în compoziția aminoacizilor din proteinele nucleului [88].

Un rol important în procesul fecundării ovulului revine enzimelor acrosomice, ca, de exemplu, hialuronidaza, proteinazele, esterazele și glucozidazele. Piesa intermediară a spermatozoizilor conține o cantitate mare de lipide (plasmalogen și lecitină), citocromi, diverse coenzime (trifosfat de adenozină), enzime glicolitice și respiratorii (lactat-dehidrogenază).

Coada spermatozoidului are în structura sa fibrile ce conțin adenosintrifosfatază, care intervine în transferul energiei chimice a ATP către formațiile contractile, asigurînd astfel motilitatea spermatozoizilor.

Se consideră că metabolismul spermei, adică viteza de fructoliză-aerobă, consumul de oxigen al spermei totale și respirația endogenă a spermatozoizilor, este în funcție mai ales de motilitatea spermatozoizilor decît de capacitatea de fecundare a acestora [88].

Analiza chimică a spermei permite aprecierea stării funcționale a diverselor organe sexuale secundare și contribuția secrețiilor acestora la compoziția lichidului spermatic. Astfel, dozările de fructoză, inozitol, prostaglandine, de unele proteine și enzime, permit explorarea funcțională a veziculelor seminale, în timp ce dozările de fosfatază acidă, acid citric sau anumite proteine constituie o modalitate de apreciere a funcției prostatei.

Prostaglandinele (PGL) au roluri importante în fertilitate și se pare că prezența lor în spermă, precum și sensibilitatea uterului la aceste substanțe în momentul ovulației constituie argumente privind intervenția lor în reproducerea umană.

Ampulele și veziculele seminale își varsă conținutul în uretră prin intermediul canalelor ejaculatoare comune, a căror ocluzie sau absență duce la sterilitate, chiar dacă secreția testiculelor este normală. În aceste cazuri, sperma este lipsită de spermatozoizi și de fructoză, fiind bogată în secreție prostatică, avînd cantități excesive de fosfatază acidă și acid citric.

Scanned with OKEN Scanner

În cazul unor malformații anatomice, ca, de exemplu : absența congenitală a canalelor deferente sau în cazul unor afecțiuni ca fibroză chistică, sperma nu conține spermatozoizi, este lipsită de fructoză, însă conține deseori cantități mari de secreție prostatică.

Afecțiunile inflamatorii ale testiculelor și organelor anexe și, în special, ale prostatei pot modifica diagrama electroforetică a proteinelor din plasma seminală. Electroforeza și imunoelectroforeza plasmei seminale constituie metode importante în diagnosticul inflamațiilor acute și cronice ale prostatei. Trebuie reținut faptul că, inflamarea unor părți a organelor genitale poate influența negativ buna funcționare a altei părți. Astfel, se citează cazuri de uretrită fără simptome de inflamație a prostatei și veziculelor seminale la care analiza chimică a spermei a pus în evidență o scădere a secreției prostatei și veziculelor seminale [88].

Analiza chimică a spermei poate pune în evidență așa-numita „sterilitate ejaculatorie", datorită unor tulburări în dinamica ejaculării, în absența oricăror modificări anatomice ale organelor genitale. În cazul tulburărilor de ejaculare se produc contracții anormale la nivelul diferitelor părți ale organelor de reproducere. Astfel, în unele cazuri de sterilitate ejaculatorie sperma nu este ejaculată, ci ejectată în vezica urinară.

O reducere a secreției de androgeni are drept consecință o involuție a organelor seminale secundare și o scădere a secreției acestora, ca, de exemplu o reducere a cantității de fructoză și de acid citric. Eliminarea de fructoză de către veziculele seminale nu depinde numai de secreția de androgeni, ci și de frecvența ejaculărilor, de mărimea veziculelor seminale, de cantitatea de glucoză din sînge — precursor al fructozei — disponibilă pentru a putea fi transformată pe cale enzimatică în fructoză seminală [88].

Capacitatea fecundantă este defavorizată cînd cantitatea spermei scade sub 2 ml sau cînd ea crește peste 5 ml, o diluție prea mare a spermatozoizilor creînd o oligospermie relativă.

Absența spermatozoizilor (azoospermie) caracterizează uneori aspectul fluid al spermei. Valorile normale ale numărului de spermatozoizi se situează între 60—120 milioane/ml de spermă. Scăderea numărului lor sub 60 milioane se numește oligospermie.

Fertilitatea scade foarte mult sub 10 milioane spermatozoizi/ml de spermă, cînd vorbim de o subfertilitate. Trebuie ținut seamă că, motilitatea spermatozoizilor influențează foarte mult vitalitatea acestora. Se apreciază că viteza de mișcare a spermatozoizilor poate ajunge la 3 cm/minut. Se consideră că, aceștia au o mobilitate normală cînd 70—90% din numărul de spermatozoizi sînt mobili după 2 ore de la ejaculare și cînd 15—20% din spermatozoizi sînt mobili după 24 ore. Se numește astenospermie moderată, atunci cînd mobilitatea se întîlnește la 40—60% din spermatozoizi și astenospermie severă cînd mobilitatea scade sub 40%. Se consideră că viteza mișcării liniare a spermatozoizilor condiționează în mare măsură fertilitatea masculină.

La nivelul canalului cervical, viteza spermatozoizilor ar fi de un cm în 5—15 minute. Unele studii apreciază că pentru a ajunge în canalul cervical, timpul necesar ar fi de 5—10 minute.

Scanned with OKEN Scanner

Mediile diferite pe care le parcurg spermatozoizii în drumul lor prin căile genitale feminine le modifică foarte mult mobilitatea, o aciditate excesivă imobilizîndu-i în timp ce o alcalinitate redusă, le reactivează mobilitatea. Aceasta crește, de asemenea, în cazul unei temperaturi ridicate, dar în același timp le scade vitalitatea printr-o epuizare a resurselor nutritive. Capacitatea fecundantă a spermatozoizilor nu este distrusă de temperatura scăzută. Unele cercetări cu spermatozoizi, ținuți la —79 °C în glicerină, au arătat păstrarea mobilității și fertilității.

O diminuare a mobilității și fertilității spermatozoizilor se constată în urma acțiunii unor substanțe, cum sînt : cafeină, nicotină, chinină, bioxid de carbon.

În legătură cu supraviețuirea spermatozoizilor în tractul genital feminin, la femeie, după însămînțarea artificială, s-a constatat că numărul spermatozoizilor rămînea constant în mucusul cervical timp de 48 de ore, după care se reducea semnificativ. În aceleași condiții, în cavitatea uterină numărul spermatozoizilor crește în timp de 24 de ore și scade pînă la dispariție în 48 de ore. S-a făcut chiar un calcul în care se menționează că pentru fiecare spermatozoid din oviduct există aproximativ 500 de spermatozoizi în cavitatea uterină, 200 000 în mucusul cervical și 10 milioane de spermatozoizi mobili în produsul cu care s-a efectuat însămînțarea.

ALEGEREA SEXULUI COPIILOR

Selecția voluntară a sexului tinde să devină o problemă ce preocupă numeroase familii. Diversele metode se bazează pe trei ipoteze de lucru :

1. Prima ipoteză consideră posibilă modificarea determinării sexului, acționînd asupra unuia sau mai multora din factorii care intervin în selecția naturală a sexelor.

Dificultatea constă în interpretarea statisticilor, adesea contradictorii, privind numărul de băieți născuți, în raport cu numărul fetelor.

2. A doua ipoteză consideră că pentru a obține cu certitudine un băiat sau o fată trebuie realizată o însămînțare artificială cu spermă care să nu conțină decît spermatozoizi purtători de cromozomi Y sau X. Se știe că un ovul (întotdeauna X) asociat cu un spermatozoid Y va da un băiat, iar asociat cu un spermatozoid X va da o fată. În acest caz există două dificultăți :

a) să știm să diferențiem cele două tipuri de spermatozoizi ;

b) să putem separa cele două tipuri de spermatozoizi.

Utilizarea unui colorant fluorescent (derivat al chinacrinei) permite recunoașterea printre spermatozoizi a celor care sînt purtători de cromozom Y.

3. A treia ipoteză susține existența unui determinism ionic, al repartiției sexelor, cu acțiune masculinizantă a ionilor de potasiu și feminizantă

Scanned with OKEN Scanner

a ionilor de calciu și magneziu. Această acțiune exercitîndu-se prin intermediul alimentației, se consideră modificarea posibilă grație unui regim alimentar adecvat.

Dificultățile constau în elaborarea regimului și în determinarea momentului și timpului cît acest regim trebuie urmat.

Peste 30 de factori au fost asociați în determinarea sexului :

— vîrsta mamei, vîrsta tatălui, timpul trecut de la căsătorie, momentul raportului sexual, fecundația în cadrul ciclului menstrual, ritmul raporturilor sexuale etc.

S-a menționat în literatură următoarea ipoteză de lucru :

Un raport sexual care a avut loc aproape de momentul ovulației, adică la mijlocul ciclului menstrual, va da o mai mare șansă spermatozoizilor Y, care fiind mai rapizi vor ajunge primii la ovul, mărind astfel șansele de a avea un băiat. Din contră, cînd raportul sexual va avea loc la distanță de momentul ovulației, spermatozoizii Y vor fi defavorizați datorită rezistenței mai scăzute și șansele de a avea o fată vor fi mai crescute.

Verificată în medicina veterinară, această ipoteză de lucru nu a dat rezultatele scontate. Cu toate acestea, unii ginecologi afirmă că au aplicat această metodă cu succes, practicînd însămînțarea artificială.

Alți autori afirmă că, probabilitatea de naștere a băieților crește cu frecvența raporturilor sexuale, dar studiul acestor date nu permite ajungerea la o concluzie sigură.

Selecția sexelor prin metode de selecție naturală

Utilizarea datei raportului sexual, imediat după ovulație sau la mai multe zile după ovulație. Se apreciază însă că în determinarea sexului intervine nu numai data raportului sexual, ci, de asemenea, gradul de aciditate vaginal, frecvența raporturilor sexuale și tehnica acestor raporturi etc.

În legătură cu determinarea sexului copiilor, unii autori (F. Benendo, citat de [65]) au reexaminat unele observații foarte vechi referitoare la relația dintre raportul sexual fecundant și ziua ovulației, punînd în evidență existența unor relații între data la care a avut loc contactul sexual fecundant și sexul copilului. Astfel, s-a constatat că, dacă contactul sexual a avut loc cu cîteva zile înaintea ovulației, sexul copilului a fost în majoritatea cazurilor feminin. În cazul cînd contactul sexual a fost aproape simultan sau foarte aproape de momentul ovulației, în majoritatea cazurilor sexul copilului a fost masculin.

S-a dat explicația acestui fenomen arătîndu-se că în determinarea sexului, pe lîngă cromozomii caracteristici de sex „X" sau „Y" din spermatozoizi mai intervin și alți factori, ca, de exemplu, aciditatea secreției vaginale, a mucusului din colul uterin, precum și dimensiunile spermatozoizilor.

Se presupune că în momentul eliminării în vagin a lichidului spermatic începe o adevărată cursă, cei mai rapizi fiind spermatozoizii purtători de cromozomi „Y" și deși aceștia ajung primii în trompe, dacă nu găsesc nici un ovul, degenerează. În cazul cînd ovulația este tardivă, sper-

Scanned with OKEN Scanner

matozoizii cu cromozom „X“ care înaintează mult mai lent au toate şansele de a produce fecundarea ovulului, născîndu-se astfel o fată.

Această părere este susţinută de diverşi autori (B. Seguy, 1975, citat de [65]), care menţionează că prin realizarea actului sexual fecundant în funcţie de ziua ovulaţiei 88% dintre cuplurile conjugale au avut un copil cu sexul dorit de ei.

Cu toate acestea, majoritatea cercetărilor consacrate problemelor stabilirii sexului, în funcţie de data ovulaţiei, nu au confirmat aceste observaţii.

Unele studii asupra spermatozoizilor efectuate de către Landrum Shettles (1961), prin microscopie în contrast de fază, au pus în evidenţă două grupe cu caracteristici distincte, şi anume : o grupă care cuprindea spermatozoizi mici cu cap rotund, care aveau în structură cromozomul Y (androspermatozoizi) şi o altă grupă care cuprindea spermatozoizi de dimensiuni mai mari cu un cap alungit avînd în structura lor cromozomul X (ginospermatozoizi).

S-a observat că în lichidul spermatic androspermatozoizii, deşi sînt aproape de două ori mai numeroşi decît ginospermatozoizii, sînt însă mai vulnerabili la acţiunea mediului acid vaginal.

Studiile efectuate, privind mobilitatea spermatozoizilor, au arătat că în secreţii cu *p*H acid, ginospermatozoizii aveau un avans faţă de androspermatozoizi.

Mobilitatea ambelor categorii de spermatozoizi este favorizată de secreţiile alcaline, mărindu-se astfel posibilitatea fecundaţiei, însă adrospermatozoizii avînd dimensiuni mai reduse şi o coadă mai lungă, sînt favorizaţi în realizarea fecundaţiei datorită vitezei şi agilităţii.

Secreţiile vaginale în general sînt acide, iar cele ale colului uterin alcaline, *p*H-ul crescînd pe măsură ce se apropie ovulaţia.

Pe baza acestor fapte, Shettles consideră că data la care au loc contactele sexuale în raport cu fazele ciclului menstrual, respectiv ovulaţia, are o importanţă esenţială în determinarea sexului copilului. De exemplu, dacă contactul sexual are loc în momentul ovulaţiei sau într-o perioadă foarte apropiată de acest moment, cînd secreţiile au *p*H-ul cel mai alcalin, produsul de concepţie va fi băiat.

În cazul cînd contactul sexual are loc cu 2—3 zile înaintea ovulaţiei, cînd predomină secreţiile cu un *p*H acid, produsul de concepţie va fi o fată.

Pentru explicarea acestui fenomen, s-a emis părerea că spermatozoizii cu cromozomi X (ginospermatozoizii) pot supravieţui în mediul cu *p*H acid 2—3 zile, în timp ce spermatozoizii cu cromozomi Y (androspermatozoizii) au un timp de supravieţuire mult mai scurt, în rare cazuri depăşind 24 de ore.

Pe baza acestor observaţii, Shettles a făcut unele recomandări privind data raporturilor sexuale în funcţie de momentul ovulaţiei, indicînd chiar administrarea în vagin înaintea contactului sexual a unor soluţii alcaline sau acide în raport cu dorinţa cuplului de a avea un băiat sau o fată.

După autorul menţionat s-ar obţine, prin aceste metode, în 85% din cazuri rezultate sigure.

Scanned with OKEN Scanner

Alţi autori (Seguy), în afară de factorii studiaţi mai sus, consideră ca un element important în determinarea sexului, frecvenţa raporturilor sexuale, creşterea acesteia mărind probabilitatea de naştere a băieţilor.

INFERTILITATEA MASCULINĂ

Infertilitatea masculină are numeroase cauze : absenţa spermatozoizilor (azoospermie), număr redus (oligospermie) sau numărul excesiv de mare al acestora (polispermia), lipsa ejaculatului (aspermie). Se apreciază că în 30—50% din cazuri sterilitatea unei perechi conjugale este datorită bărbatului.

Azoospermiile se caracterizează prin absenţa spermatozoizilor în lichidul spermatic. În azoospermiile secretorii se constată o stopare a spermatogenezei din diverse cauze : absenţa coborîrii testiculelor în scrot (criptorhidie), infecţiile testiculare (orhite), absenţa congenitală a testiculelor, expunerea la radiaţii ionizante, torsiunea de testicul, castrarea accidentală sau chirurgicală, carenţele alimentare şi avitaminozele, traumatisme psihice şi leziuni ale hipotalamusului, tulburări neuroendocrine prin leziuni hipotalamo-hipofizare care nu asigură o suficientă stimulare gonadotropă.

În azoospermiile excretorii, spermatozoizii nu pot ajunge în exterior datorită obstrucţiei căilor spermatice prin diverse cauze. Spermatogeneza în aceste cazuri nu este afectată anatomo-funcţional, testiculul fiind normal dezvoltat.

Printre alte cauze se menţionează infecţii ale epididimului, veziculelor seminale, prostatei, cu bacili Koch, gonococ, treponema pallidum etc., tumori sau chisturi ale epididimului, absenţe congenitale bilaterale ale canalului deferent şi corpului epididimului, absenţa congenitală a canalului deferent.

Oligospermiile se caracterizează printr-o scădere a numărului de spermatozoizi sub 20 de milioane/ml de spermă, existenţa unor modificări ale motilităţii spermatozoizilor (astenospermie), precum şi a unui număr crescut de spermatozoizi cu forme anormale (teratospermie).

Polispermia se caracterizează printr-un număr excesiv de mare de spermatozoizi în lichidul spermatic, depăşindu-se 250 milioane/ml. În aceste cazuri s-a pus în evidenţă un conţinut scăzut de ADN al spermatozoizilor, emiţîndu-se ipoteza că infertilitatea ar putea fi datorită pătrunderii simultane a mai multor spermatozoizi în ovul sau intervenţia unor enzime necunoscute.

Aspermia caracterizează absenţa ejaculării datorită unor cauze diverse, ca, de exemplu : o cantitate redusă de androgeni, acţiunea unor medicamente care inhibă secreţia glandelor accesorii, ejacularea retrogradă, cînd sperma ajunge în vezica urinară.

Scanned with OKEN Scanner

INFERTILITATEA FEMININĂ

Infertilitatea a fost definită prin absența sarcinii după un an de viață sexuală, fără utilizarea vreunei metode anticoncepționale. Frecvența ei se apreciază la circa 10% din cuplurile căsătorite.

Cauza infertilității s-ar datora în 40% din cazuri bărbatului, mai ales prin tulburări de spermatogeneză. Femeia este implicată drept cauză a infertilității în circa 10—15% din cazuri prin tulburări de ovulație, în 20—30% din cazuri prin afecțiuni ale trompelor și în 5% din cazuri prin afecțiuni uterine.

Numeroși factori care favorizează apariția infertilității la femeie se pot sistematiza în :

a) *Infertilitatea feminină fiziologică.* Absența fecundității fiziologice se referă la următoarele perioade ce caracterizează evoluția biologică : infertilitatea din perioada infantilă, datorită incompletei maturizări a aparatului genital și care se întinde pînă la apariția ciclului menstrual ovulator ; infertilitatea ciclică lunară cînd perioada de fecundație maximă fiind cuprinsă între a 12-a și a 19-a zi a ciclului menstrual, perioadele anterioare și posterioare acesteia fiind mai puțin favorabile sau chiar deloc fecundației ; ovulul nefecundat devine neviabil după 12—24 de ore din momentul ovulației. Spermatozoidul este viabil numai timp de 48 de ore după ce a trecut prin colul uterin ; infertilitatea în perioada de graviditate cînd survine stoparea ovulației de către secreția de corp galben ; infertilitatea din perioada de lactație, apreciată destul de relativă 20—40% din femeile care alăptează putînd rămîne gravide ; infertilitatea datorită înaintării în vîrstă este, de asemenea, relativă apărînd după menopauză, dar citîndu-se gravidități chiar la femei în vîrstă de 60—65 de ani.

b) *Infertilitatea feminină secundară patologică.* Cauzele acesteia sînt foarte numeroase, putîndu-se sistematiza în : cauze generale : carențe, alimentare, subnutriția prelungită, carențe vitaminice, alimentație nerațională, carențe proteice, acțiunea nocivă a unor substanțe toxice : intoxicație cu nicotină, morfinomania, cocainomania, abuzul de barbiturice, intoxicație cu mercur, plumb, arsen ; îmbolnăviri : gripă, scarlatină, febra tifoidă, TBC, sifilis, septicemii, malarie, anemiile și leucemiile ; cauze neuroendocrine : traumatizări psihice, tensiune nervoasă, viața dezordonată, insuficiențe ovariene de diferite etiologii ; afecțiunile tiroidei, suprarenalelor, hipofizei, diabetul zaharat, obezitatea ; cauze sexuale : diminuarea dorinței sexuale pînă la dispariția acesteia, frigiditatea, raporturi sexuale anorgasmice, dispareunia, vaginismul, autoerotismul, deviațiile sexuale ; cauze genitale : lipsa congenitală a ovarelor, inflamații ovariene, iradierea ovarelor cu radiații ionizante sau izotopi radioactivi, ovar polichistic, tumori ovariene, obstrucții ale trompelor de diverse cauze, malformații uterine, hipoplazie uterină, anomalii de poziție ale uterului, tumori sau polipi uterini ; cauze vulvare și genitale : himen neperforat, leziuni cicatriciale valvulovaginale, hiperaciditate vaginală, insuficiența secrețiilor cervicale sau glandelor vestibulare etc.

Scanned with OKEN Scanner

DETERMINAREA PERIOADEI DE FERTILITATE ŞI INFERTILITATE LA FEMEI

Fertilitatea feminină este dependentă de ovulaţie ; aceasta se poate produce la mijlocul ciclului menstrual în timpul unei perioade de 5 zile, situată între a 12—16-a zi, care precede apariţia viitoarei menstruaţii. Astfel, în cazul unei femei cu ciclu menstrual de 29 de zile, ovulaţia are loc între ziua a 14-a şi a 18-a, numărătoarea făcîndu-se de la prima zi a ultimei menstruaţii, ceea ce corespunde celei de-a 12-a zi pînă la a 16-a zi care precede următoarea menstruaţie.

Cu toate că eliminarea ovulului din ovare are loc în intervalul de timp de 5 zile, această perioadă va trebui extinsă cu încă 3 zile, anterioare perioadei de fecundaţie, acest interval de timp reprezentînd perioada în care spermatozoizii pot supravieţui. Ea va fi extinsă cu încă o zi după perioada de fecundaţie, pentru a se asigura absenţa supravieţuirii ovulului în cazul cînd ovulaţia a avut loc în ultima zi a perioadei de fecundaţie.

Ţinînd seama de aceste corectări, în cazul unei femei cu ciclul menstrual de 29 de zile perioada de fecunditate este limitată de a 18-a zi inclusiv pînă la a 10-a zi inclusiv, care preced următoarea menstruaţie sau între a 11-a—19-a zi inclusiv, dacă numărătoarea se face din prima zi a menstruaţiei trecute.

În aceste condiţii, perioada de fecunditate separă două perioade de infertilitate relativă situate înainte şi după aceasta.

În cazul unei femei cu un ciclu menstrual de 29 de zile, prima perioadă de infertilitate este din prima zi a menstruaţiei pînă în ziua a 10-a inclusiv, iar a doua perioadă începînd din ziua a 20-a inclusiv pînă la apariţia menstruaţiei următoare (fig. 26).

O formulă foarte simplă pentru calcularea perioadei de fertilitate pentru orice ciclu menstrual este următoarea (SHA KOKKEN, 1969) : din cifra care reprezintă durata ciclului menstrual se scade cifra 19 şi se află ultima zi inclusivă a primei perioade de infertilitate, apoi tot din cifra care indică durata ciclului menstrual se scade cifra 9 şi se află prima zi cu care începe a doua perioadă de infertilitate.

De exemplu : o femeie are un ciclu de 28 de zile :

28—19= 9 (ultima zi a perioadei de infertilitate),

28— 9=19 (prima zi a perioadei de infertilitate).

Perioada de fertilitate se situează deci între a 10-a zi inclusiv şi a 18-a zi inclusiv a ciclului menstrual.

În cazul unei femei cu un ciclu variabil, se va avea în vedere valorile minime şi maxime ale acestor cicluri, presupunem 24 şi 28 de zile.

Calculul în acest caz se va face astfel : din valoarea celui mai scurt ciclu (24) se va scade cifra 19, iar din valoarea celui mai lung ciclu (28) se va scade cifra 9.

24—19= 5 (ultima zi a perioadei de infertilitate),

28— 9=19 (prima zi a perioadei de infertilitate).

Scanned with OKEN Scanner

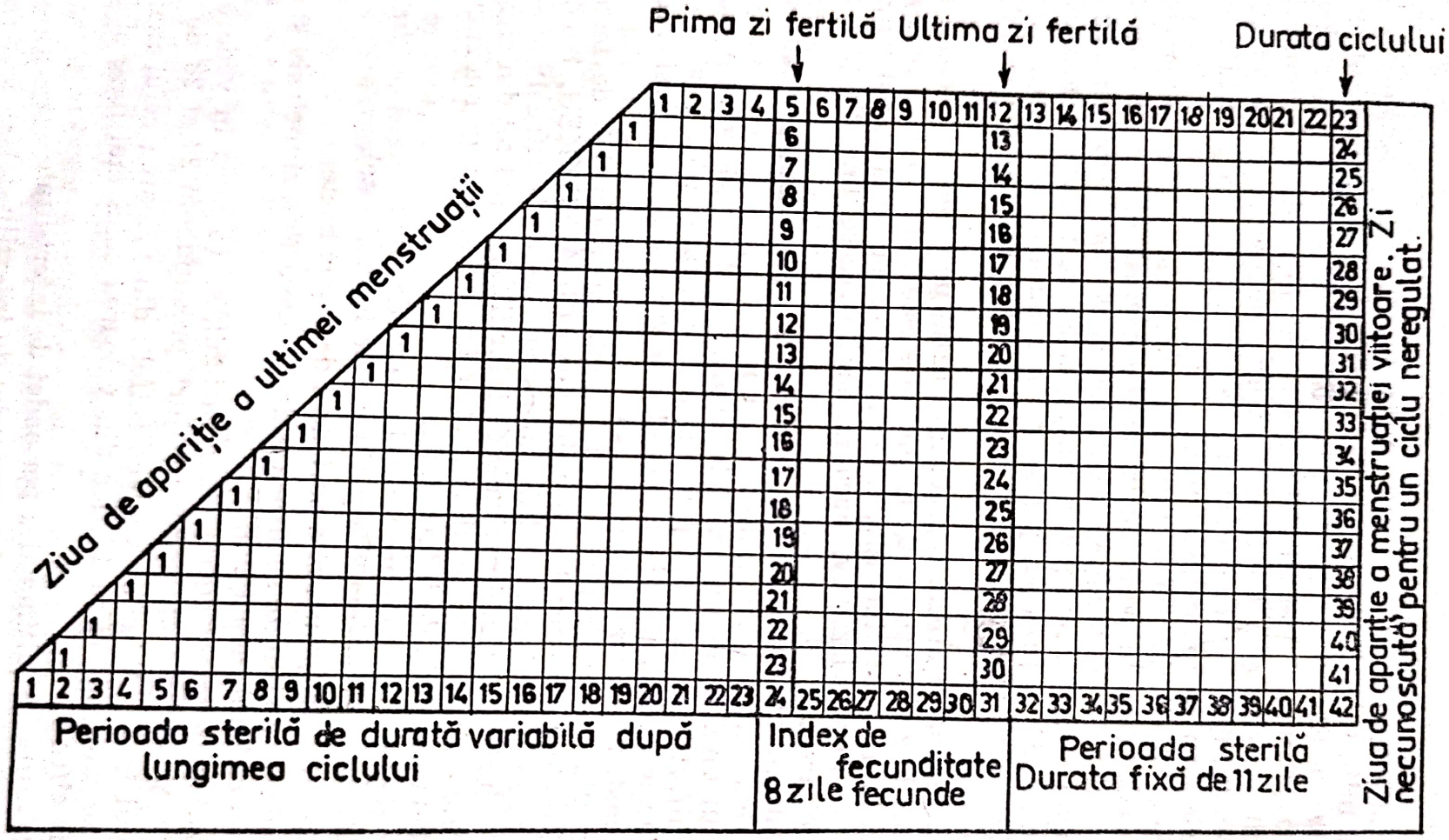

Fig. 26. Diagrama indicînd prima și ultima zi a perioadei fertile pentru cicluri de durată variabilă de la 23 la 42 de zile — în funcție de apariția ultimei menstruații. Pentru siguranță, la ultima zi fertilă se va adăuga o zi reprezentînd durata de supraviețuire a ovulului, cînd ovulația s-a produs în ultima zi fertilă.

Deci, perioada de fertilitate se situează între a 6-a zi inclusiv, pînă la a 18-a zi inclusiv. După cum se observă, la aceste cicluri variabile perioada de fertilitate este mult prelungită.

O altă modalitate de determinare a zilei ovulației constă în măsurarea temperaturii bazale a corpului, care se efectuează în fiecare dimineață înainte de sculare din pat, la aceeași oră folosindu-se un termometru introdus în cavitatea bucală. Cu această metodă se poate observa că pînă în ziua ovulației temperatura medie se situează între 36,5—36,7 °C, pînă într-o anumită zi cînd temperatura urcă peste 36,7 °C, de obicei 37—37,3 °C. În dimineața cînd se observă acest lucru înseamnă că femeia a avut ovulație în ziua precedentă.

În cazul cînd această temperatură crește lent, ziua cînd a avut loc ovulația este indicată de prima creștere de temperatură.

Această creștere a temperaturii se menține în platou pînă cu o zi înainte de apariția menstruației. Se consideră că, atunci cînd ascensiunea termică lipsește, în a doua fază a ciclului menstrual este vorba de un ciclu menstrual anovulator.

Trebuie menționat faptul că, stabilirea perioadelor de fecunditate și de infertilitate fiziologică au într-o oarecare măsură un caracter relativ, ovulația putînd fi declanșată chiar de contactul sexual, de emoții, de factori de agresiune, foarte diverși, cunoscîndu-se cazuri de sarcină survenite chiar în timpul perioadei menstruale.

De asemenea trebuie menționat faptul că, în unele cazuri ovulația nu se manifestă printr-o creștere a temperaturii bazale.

Scanned with OKEN Scanner

CLIMACTERIUL FEMININ

Prin noţiunea de climacteriu feminin se înţelege perioada de timp situată între maturitatea sexuală completă şi oprirea totală a funcţionării ovarelor. Durata acesteia se apreciază între 10—20 ani.

Menopauza, situată aproape în mijlocul climacteriului feminin, constituie în evoluţia ontogenetică o stare fiziologică care apare odată cu oprirea ciclului menstrual, în urma epuizării funcţiei ovariene. Vîrsta medie la care se produce este în jur de 50 de ani, cu limite variabile între 48—52 de ani. Instalarea menopauzei înainte de 45 ani este considerată ca precoce şi după 55 de ani ca tardivă.

Perioada climacteriului situată înaintea menopauzei se numeşte premenopauză şi durează în jur de 5—6 ani, iar cea care se situează după menopauză se numeşte postmenopauză şi durează circa 7—8 ani.

Apariţia menopauzei, apreciată retrospectiv după o amenoree de cel puţin un an, este precedată de perioada de premenopauză caracterizată prin prezenţa unor simptome, ca : menstruaţii abundente sau metroragii, stare de tensiune premenstruală, congestia mamară, mastodinie, migrenă, palpitaţii, meteorism abdominal, congestii pelviene, senzaţia de valuri de căldură şi transpiraţii. În unele cazuri, simptomele menţionate se însoţesc de o exacerbare a excitaţiei, a erotismului, a dorinţei de satisfacere sexuală. În caz de insatisfacţie, se pot favoriza unele tulburări neuropsihice, mai ales stări depresive şi anxietate. Se pare că menopauza este mai precoce la femeile care nu au avut copii. Unii autori consideră că, cu cît pubertatea a fost mai precoce, cu atît menopauza este mai tardivă [28].

În majoritatea cazurilor, în premenopauză ciclurile ovariene sînt anovulatorii datorită reducerii sensibilităţii foliculilor prezenţi în ovare, la acţiunea gonadotropinelor.

Variaţiile individuale, privind secreţia de hormoni estrogeni de către ovare duc la fiecare femeie în parte la o evoluţie diferită a simptomelor de diminuare a funcţiei gonadice care au însă întotdeauna aceeaşi succesiune : 1. cicluri menstruale anovulatorii ; 2. amenoree şi respectiv menopauză ; 3. atrofia organelor genitale ; 4. diminuarea sau chiar dispariţia caracterelor sexuale secundare.

Scanned with OKEN Scanner

Premenopauza durează în medie 5—6 ani, după care se constată o mărire a intervalului între menstruații și o scădere cantitativă a pierderilor de sînge, neregularitate în apariția menstruației și în cele din urmă dispariția completă a acesteia cînd se instalează menopauza propriu-zisă.

În premenopauză, se observă inhibarea funcției corpului galben, la care se adaugă în perioada menopauzei stoparea secreției de estrogeni și apariția unei insuficiențe ovariene totale.

Apariția menopauzei se caracterizează printr-o serie de simptome, mai ales neurovegetative, ca senzația de căldură, urmată de transpirații abundente, repetate, care pot fi intensificate de stările emotive sau de modificările de temperatură ale mediului ambiant, dispepsii, tulburări ale tranzitului intestinal, mai frecvent constipație, modificări ale apetitului etc.

Se mai citează în menopauză : cefalee, migrenă, amețeli, acufene, parestezii, palpitații, aritmii funcționale, senzația de jenă precordială, oscilații ale valorilor tensiunii arteriale etc.

Tulburările psihice sînt relatate de unele femei printr-o senzație dezagreabilă de disconfort, apatie, stare de astenie marcată, diminuarea memoriei, dificultăți de gîndire logică, tendința de pasivitate.

Nu se cunoaște încă adevărata cauză a pierderii fertilității femeii, adică a trecerii progresive de la maturitatea sexuală completă la sterilitate care merge paralel cu evoluția senescenței. Se știe că spre vîrsta de 30 de ani greutatea ovarelor începe să scadă ; la această vîrstă neobservîndu-se o diminuare a funcționării acestora.

În cursul perioadei pînă la 40—50 de ani, stocul de foliculi se reduce din ce în ce mai mult, epuizîndu-se. Se observă o creștere a țesutului conjunctiv în ovar, în timp ce foliculii primordiali care mai există își pierd progresiv capacitatea de a răspunde la acțiunea gonadotropinelor. Acest proces este accelerat de o scleroză a vaselor sanguine ale ovarului, care devine din ce în ce mai accentuată.

Este interesant de menționat că, această perioadă de tranziție fiziologică, care se întinde din momentul maturității sexuale complete pînă la bătrînețe, nu se observă în mod semnificativ decît la om, motiv pentru care cercetarea modificărilor fiziologice și patologice care se produc la această vîrstă nu pot să se bazeze decît pe observații făcute la femei.

În perioada climacteriului nu s-au observat modificări funcționale specifice din partea hipofizei, tiroidei, pancreasului, corticosuprarenalelor.

Modificările hormonale cele mai caracteristice ce se produc în timpul climacteriului au fost atribuite exclusiv unei reduceri progresive a funcționării gonadelor. Astfel, secreția de estrogeni și estradiol care era în perioada maturității sexuale de 300—1 000 μg pe 24 de ore scade în perioada climacteriului la 50—200 μg/24 de ore ; totodată nu se mai produce ovulația și nu se mai formează corpul galben.

Hormonii steroizi ovarieni acționează asupra hipofizei care reglează secreția de gonadotropine printr-un feed-back negativ dereglat. În aceste condiții concentrațiile în sînge și urină a LH și FSH cresc mult, astfel că la vîrsta de 50—60 de ani concentrația serică medie de LH este de 4 ori superioară, iar cea de FSH chiar de 10 ori superioară celor întîlnite în perioada de maturitate sexuală, respectiv de fertilitate [51] (fig. 27, 28).

Scanned with OKEN Scanner

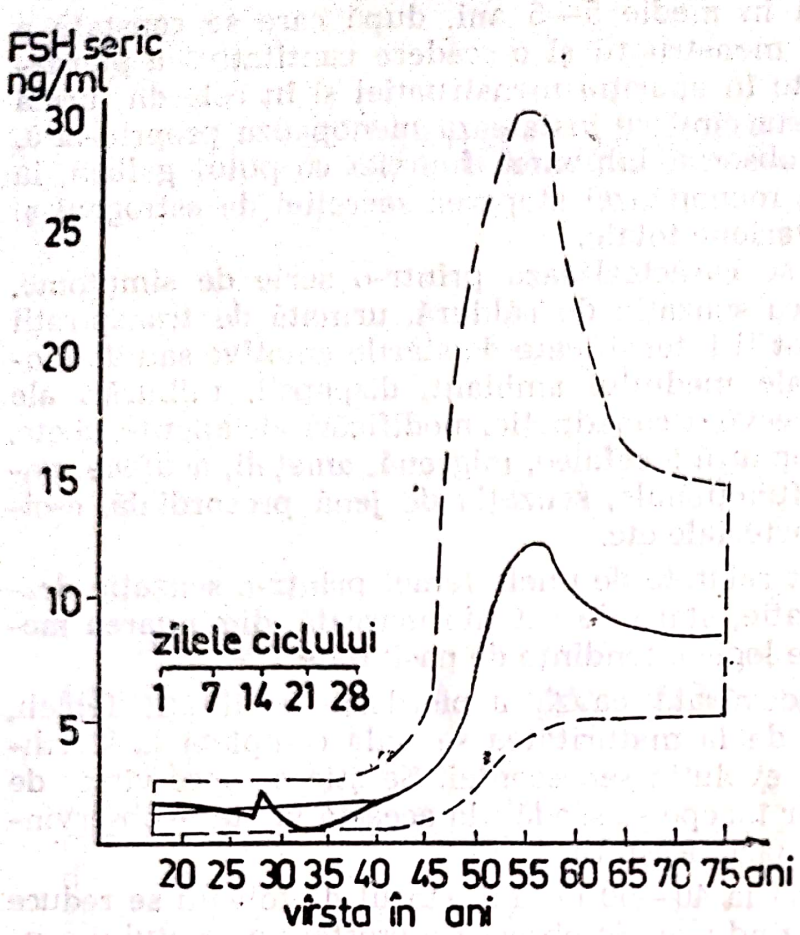

Fig. 27. Modificările cantității de FSH seric în timpul ciclului menstrual în funcție de vîrsta femeii (51).

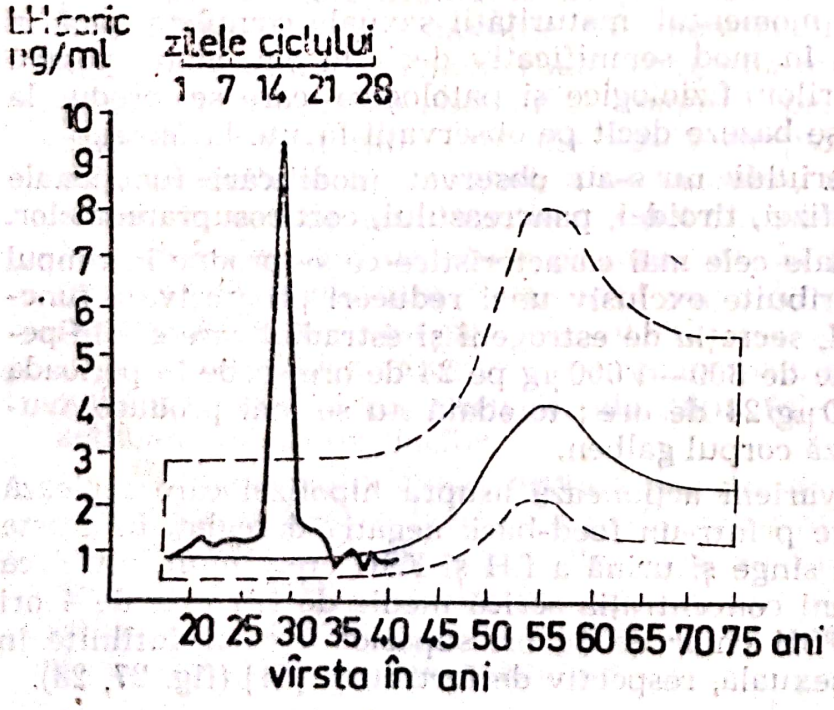

Fig. 28. Modificările cantității de LH seric în timpul ciclului menstrual în funcție de vîrsta femeii (51).

Este posibil ca scleroza vaselor sanguine ovariene să fie favorizată de această creştere a secreţiei de gonadotropine.

În timpul premenopauzei se poate produce o creştere temporară a volumului ovarelor datorită persistenţei foliculilor, dar în timpul postmenopauzei se formează ţesut conjunctiv, producîndu-se involuţia şi dispariţia parenchimului germinativ.

Atunci cînd secreţia de estrogeni scade la valori de 7—10 μg/24 de ore, proliferarea endometrului încetează, menstruaţia nu mai apare şi se instalează menopauza.

Momentul apariţiei menopauzei, ca şi începutul climacteriului este condiţionat de un număr mare de factori, ca, de exemplu : ereditatea, mediul ambiant, alimentaţia, starea de sănătate etc.

În epoca noastră există o tendinţă de apariţie a menopauzei mai tardiv, între 48—52 de ani, comparativ cu secolele anterioare cînd apărea mai devreme.

În timpul postmenopauzei, care durează în jur de 7—8 ani, se observă o scădere a secreţiei de estrogeni care ajung la 5—20 μg/24 de ore, în timp ce ovarul nu secretă decît androgeni.

S-a presupus că aceasta ar fi cauza defeminizării şi în acelaşi timp a uşoarei virilizări care se constată la numeroase femei. Se consideră că 7—8 ani după menopauză secreţia de estrogeni nu depăşeşte în general 5 μg/24 de ore.

În timpul postmenopauzei creşterea intensă a secreţiei de gonadotropine constatată în perioada anterioară scade din nou, păstrîndu-se însă şi în perioada bătrîneţii la un nivel mai ridicat decît în perioada de maturitate sexuală.

Cu toate că modificările hormonale şi morfo-funcţionale din perioada climacteriului constituie procese fiziologice, se observă că la un număr mare de femei, după unii autori, la circa 50 % reacţiile la perturbările secreţiilor endocrine gonadice iau aspectul unor manifestări morbide, care necesită o îngrijire medicală. Acest aspect este deosebit de important dacă se ţine seamă că prin creşterea longevităţii populaţiei contemporane, aproape o treime din viaţa unei femei începe şi se desfăşoară în condiţiile unei funcţionări deficitare a ovarului [51].

Tulburările ciclului menstrual sînt cele care domină tabloul clinic în perioada premenopauzei, cel mai frecvent fiind ilustrate de menometroragii sau oligomenoree. Lipsa progesteronului ar putea fi de o importanţă deosebită, adesea fiind primul semn de debut al climacteriului.

În această perioadă prezenţa unor cicluri neregulate caracterizînd „hemoragiile disfuncţionale“ sau „hemoragiile climacterice“ impune un examen ginecologic de specialitate pentru precizarea cauzei acestora, ele putînd fi un simptom al unor procese patologice, chiar maligne.

În perioada postmenopauzei, hemoragiile genitale sînt relativ rare şi în cazul prezenţei acestora, întotdeauna este necesar un diagnostic de precizie pentru a se evita posibilitatea ca acestea să fie datorate unor afecţiuni maligne ignorate.

Scanned with OKEN Scanner

Sindromul vegetativ din perioada climacteriului se caracterizează prin prezența unor simptome foarte variate, ilustrate în primul rînd de stări de simpaticotonie cu hiperemia suprafețelor cutanate (unde se întîlnește normal), senzație de căldură și transpirație. Aceste „valuri de căldură" constituie simptomele caracteristice climacteriului, ele fiind datorate unei stimulări de către diencefal a centrului vasomotor. Alte simptome sînt: frisoane, transpirații, palpitații, tahicardie paroxistică, accese de amețeală, creșterea tensiunii arteriale, tulburări ale circulației sanguine periferice, meteorism, constipație, spasme ale vezicii biliare, dureri de cap, nervozitate, iritabilitate crescută, agresivitate, stări depresive și tulburări ale somnului.

Prezența acestor simptome s-ar datora unei adaptări insuficiente a organismului la lipsa de hormoni estrogeni. Dereglarea centrilor vegetativi din hipotalamus produce disfuncții vegetative, care diferă foarte mult de la o femeie la alta, atît ca durată cît și ca intensitate [51].

Sindromul organic din menopauză se caracterizează printr-o atrofie a organelor stimulate de hormonii estrogeni care sînt secretați în cantități reduse. Această involuție a organelor genitale cu atrofia pielii și mucoaselor este ilustrată clinic printr-o mai mare frecvență a următoarelor simptome: kraurosis al vulvei și vaginului, dispareunie, vulvită, colpită, prurit, rinită atrofică, stomatită, uretrită, trigonită, cistită și chiar incontinența funcțională de urină și materii fecale.

Modificările somatoscopice, în perioada climacteriului, se caracterizează printr-o creștere ponderală, ridarea tegumentelor feții, edeme palpebrale, modificări ale sînilor, cu o consistență flască și pierderea conturului. În cazurile de obezitate sînii rămîn voluminoși datorită țesutului adipos, iar nu țesutului glandular care este diminuat.

Pe suprafața cutanată se observă frecvent o pilozitate discretă pe corp și pe față, finețea și elasticitatea tegumentelor este mai diminuată, acestea sînt mai uscate și fac riduri la nivelul feței și gîtului.

Pe suprafața cutanată apar mici varicozități subtegumentare la nivelul feselor, coapselor și membrelor, se accentuează varicele preexistente, mărindu-se friabilitatea părului și a unghiilor. Încetarea funcției ovariene antrenează o modificare a trăsăturilor caracteristice feminine, vocea îngroșîndu-se.

Scăderea secreției de hormoni estrogeni duce la o diminuare a dimensiunilor vaginului și la atrofierea pereților acestuia, cu modificări de *p*H care perturbă flora vaginală, favorizînd afecțiunile micotice, cauza pruritului vulvo-vaginal, menționat deseori la menopauză.

La nivelul organelor genitale externe, se constată în timp, o reducere a paniculului lipoidic subcutanat din buzele mari scăderea dimensiunii buzelor mici și a clitorisului.

De asemenea sînt interesate și alte țesuturi sensibile la scăderea de hormoni estrogeni, ca, de exemplu: epiteliul vezicii urinare și al uretrei,

Scanned with OKEN Scanner

favorizînd apariţia unor inflamaţii ale acestora, reducerea pilozităţii în regiunea pubiană, în axile şi la nivelul pielii capului cu apariţia aşa-numitelor golfuri frontale [28].

Scăderea ţesutului lipoidic micşorează turgescenţa glandelor mamare, scăzînd şi dimensiunea mameloanelor.

Dintre modificările metabolice se menţionează apariţia osteoporozei, ilustrată de dureri dorso-lombare, scăderea în înălţime prin tasarea corpilor vertebrali, tendinţa la fracturi. După menopauză, incidenţa aterosclerozei la femei atinge valori sensibil egale cu cele constatate la bărbaţi.

Organele genitale prezintă un proces de involuţie, constînd mai ales în micşorarea volumului uterin, atrofierea ovarelor, atrofia mucoasei vulvare şi vaginale, prurit vulvar, semne de vaginită atrofică, şi chiar scleroza ţesutului vulvar şi perivulvar.

Aceste modificări atrofice ale organelor genitale externe şi ale vaginului produc dureri în timpul desfăşurării actului sexual, constituind cauza cea mai frecventă a dispareuniei.

În această perioadă, stările de excitabilitate alternează cu cele de inhibiţie, deseori stimuli minori declanşînd manifestări de hiperemotivitate şi teamă, uneori tulburări psihice foarte accentuate, caracterizîndu-se prin obsesii erotice sau chiar mistice, teama de infidelitate a soţului, teama de a contracta diferite maladii etc.

În menopauză, erotismul diminuă, în unele cazuri ajungîndu-se chiar la o indiferenţă sau şi mai grav la o repulsie faţă de actul sexual. Uneori, această stare poate antrena o gelozie reacţională cu manifestări impulsive [119].

Modificările sexualităţii femeii după menopauză pe măsură ce înaintează în vîrstă se caracterizează, în general, printr-o scădere a reacţiilor anatomo-funcţionale la excitanţii sexuali, ilustrate schematic prin următoarele aspecte :

— Clitorisul în timpul contactului sexual îşi păstrează excitabilitatea, chiar la femei în vîrstă de peste 70 de ani.

— Labiile mari, datorită unei cantităţi mai reduse de ţesut adipos şi proceselor involutive nu-şi mai modifică atît de mult grosimea în timpul excitaţiei sexuale.

— Labiile mici prezintă o congestie mai redusă, iar glandele lui Bartholin o secreţie mai scăzută.

— Vaginul are pereţii mai subţiri, iar mucoasa nu mai este rugoasă şi plisată, avînd o culoare roză.

— Canalul vaginal îşi micşorează lungimea şi diametrul după vîrsta de 60 de ani, lungimea acestuia apreciindu-se la 4,5—6 cm, iar diametrul la 1—1,5 cm.

— Platforma orgasmică, la femeile în vîrstă, în faza orgasmică prezintă un număr de 3—5 contracţii cu o durată însă mai redusă decît la femeia tînără.

Scanned with OKEN Scanner

— Contactul sexual în primii ani după menopauză, în unele cazuri, poate fi dureros, iar prelungirea acestuia poate produce dureri pelviene, senzaţii de arsură la nivelul mucoasei vaginale, dureri şi arsuri în timpul urinării. Acestea sînt datorită unei lubrefieri reduse a mucoasei care acoperă pereţii vaginului mult mai subţiri ca la femeia tînără, precum şi iritaţiei mecanice a uretrei şi vezicii urinare.

Absenţa hormonilor ovarieni favorizează apariţia durerilor în urma contracţiilor uterului în timpul orgasmului.

Cu toată prezenţa într-un grad mai mult sau mai puţin înaintat a acestor fenomene de involuţie, femeia în vîrstă poate ajunge la orgasm dacă a dus o activitate sexuală regulată, un rol important revenind stării psiho-afective a acesteia [119].

Sindromul metabolic din postmenopauză este ilustrat de numeroase modificări, ca, de exemplu, o creştere a concentraţiei colesterolului şi lipoproteinelor din sînge, tendinţa la obezitate.

Unele afecţiuni ca, ateroscleroza, scleroza coronariană, hipertensiunea arterială, precum şi infarctul miocardic, a cărui frecvenţă este de 10—20 de ori mai redusă la femeie în perioada fertilităţii comparativ cu incidenţa constatată la bărbat, prezintă în timpul postmenopauzei o frecvenţă aproape egală cu cea întîlnită la bărbat [28].

Se apreciază că scăderea secreţiei estrogenilor constituie unul din factorii etiologici principali ai acestor modificări şi ai „osteoporozei de involuţie", care este deseori de 4—6 ori mai frecventă la femei în perioada postmenopauzei şi bătrîneţei decît la bărbaţii de aceeaşi vîrstă [51].

Slăbirea ţesutului conjunctiv favorizează o coborîre şi chiar un prolaps al uterului şi vaginului. De asemenea se observă în această perioadă o creştere a catabolismului proteinelor, un bilanţ negativ al potasiului, al calciului şi al fosforului, precum şi o frecvenţă mai crescută a diabetului, a afecţiunilor articulare, a guşei, a hiperparatiroidismului şi a distrofiei musculare.

Simptomatologia psihică, din perioada de postmenopauză, se caracterizează prin tulburări foarte diverse, ca, de exemplu : apatie, scăderea capacităţii de concentrare a atenţiei, diminuarea performanţelor intelectuale, iritabilitate, agresivitate, oboseala rapidă, instabilitate psihică, stări de tensiune şi de depresiune psihică, introversie, frustrare, perturbări ale relaţiilor sociale, sentimentul de a fi inutilă, imposibilitatea de a suporta singurătatea.

Printre alţi factori care pot favoriza apariţia tulburărilor psihice se menţionează pierderea fertilităţii, teama că atracţia fizică scade din ce în ce mai mult, plecarea copiilor din mediul familiar, căsătoria copiilor, apariţia deceselor printre cei apropiaţi sau cunoştinţe, teama de a contracta o boală etc.

În aceste condiţii, pot apare tulburări psihice foarte variate, mergînd de la stări conflictuale în cadrul familiei pînă la comportamente antisociale.

Scanned with OKEN Scanner

După climacteriu, în perioada senescenței, simptomatologia psihică este mai puțin variată, limitîndu-se mai ales la stări depresive, iritabilitate, introversie și o atitudine generatoare de conflicte cu mediul social.

Tulburările ce caracterizează uneori menopauza, mai ales cele neurovegetative, depind de numeroși factori, printre care menționăm : particularitățile individuale ale organismului, tipul de sistem nervos, echilibrul psiho-afectiv, nivelul cultural, precum și numeroși factori psihologici și social-economici.

Experiența sexuală din anii care au precedat menopauza condiționează în mare măsură erotismul, din perioada menopauzei și postmenopauzei.

În general, femeile cu un sistem nervos echilibrat, cu o viață afectivă liniștită trec ușor peste perioada menopauzei.

Se pare că în mediul urban, datorită numeroaselor stresuri, vieții mai agitate etc., perioada de menopauză este mai frecvent însoțită de tulburări care sînt mult mai reduse la femeile din mediul rural, unde există condiții de viață mult mai puțin stressante.

Rezultatele unor studii recente sugerează ideea că obiceiul de a fuma favorizează apariția mai timpurie a menopauzei [60—62].

Scanned with OKEN Scanner

CLIMACTERIUL MASCULIN

Climacteriul masculin este una din cele mai confuze probleme ale patologiei bărbaţilor, unii autori acceptîndu-l ca o entitate clinică, iar alţii negîndu-i existenţa sub orice formă.

Considerat ca o perioadă în ontogeneza speciei umane, climacteriul masculin s-ar situa între vîrsta de 50—60 de ani, cu o frecvenţă maximă la 55 de ani. În raport cu caracteristicile individuale, acest proces în general lent necesită o durată variabilă de la o persoană la alta, iar în timp apar modificări morfofuncţionale care-l pot transforma uneori dintr-un proces fiziologic în unul patologic.

Restructurările morfologice, biochimice, fiziologice, interesînd mai ales glandele endocrine, sistemul nervos, diversele metabolisme şi funcţii trofice pot marca perioada de început a senescenţei. Trebuie combătută cu toată tăria ideea greşită că această perioadă normală în evoluţia ontogenetică poate fi asimilată cu o fază de decădere a capacităţii intelectuale, mai frecventă în epoca noastră după vîrsta de 75 de ani, caracterizînd ceea ce se cheamă „îmbătrînirea".

Numeroase cercetări au arătat o păstrare a capacităţii intelectuale la un nivel ridicat, chiar pînă la vîrste înaintate, de peste 80 de ani. (fig. 29).

Modificările cele mai evidente interesează însă funcţia de reproducere, care este mult diminuată.

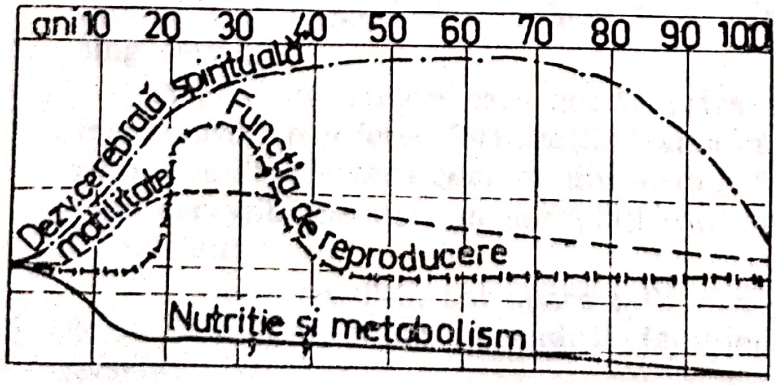

Fig. 29. Curbele aproximative ale unor procese psihofiziologice la bărbaţi şi modificările lor în raport cu vîrsta (după Stritz; citat de E. J. Stieglitz) (67).

Uneori, instalarea climacteriului masculin este însoţită de tulburări care ar afecta 5—10 % din cazurile investigate (Şt. Milcu, 1971, [71].

Printre simptomele citate mai frecvent se menţionează cele interesînd sistemul nervos şi anume : stări de nervozitate, instabilitate, hiperexcitabilitate, anxietate, melancolie, scăderea memoriei, diminuarea capacităţii de concentrare a atenţiei, pierderea interesului şi încrederii faţă de sine, diminuarea simţului de răspundere şi a interesului faţă de activitatea profesională, tulburări sexuale, scăderea sau pierderea potenţei sexuale, valuri de căldură, frisoane, transpiraţii intense, extremităţi reci, parestezii, ameţeală, vîjîieli în urechi, tahicardie, oscilaţii ale tensiunii arteriale, palpitaţii, dispnee, cefalee, dureri anginoide, insomnie sau somnolenţă etc.

Rezultatele unui studiu efectuat la 54 de bărbaţi cu un sindrom climacteric (A. A. Werner, 1946, [67]) au arătat prezenţa următoarelor simptome : nervozitate 100%, scăderea sau pierderea potenţei sexuale 90,8%, depresiune psihică 85%, diminuarea memoriei şi a capacităţii de concentrare a atenţiei 79%, absenţa sau scăderea libidoului 75%, stare de oboseală şi pasivitate 70,4%, tulburări ale somnului 65,5%, iritabilitate 63%.

Modificările endocrine din sindromul climacteric sînt ilustrate de o diminuare a spermatogenezei, cu o mai mare frecvenţă a formelor imature ale spermatozoizilor, cu alterări în structura acestora, dezvoltarea ţesutului conjunctiv în testicul, diminuarea lipidelor în celulele Leydig, îngroşarea membranei tubilor seminiferi.

Se constată, de asemenea, o scădere a secreţiei 17-cetosteroizilor, a metaboliţilor testosteronului, a testosteronului plasmatic.

Scăderea secreţiei hormonale de steroizi, precum şi modificările de structură care intervin în testicul produc o diminuare în timp a volumului de spermă ejaculată, sub 2 ml după 55 de ani, iar în perioada de senescenţă se favorizează apariţia hipertrofiei de prostată. De asemenea, după 40—50 ani se constată o scădere marcată a metabolismului bazal.

Secreţia deficitară testiculară este suplinită într-o oarecare măsură prin secreţia de hormoni androgeni a cortico-suprarenalei.

Se poate considera că existenţa climacteriului masculin la 90—95% din bărbaţi constituie o perioadă biologică în evoluţia ontogenetică, el evoluînd fără simptome clinice deosebite.

Din punct de vedere igienic, pentru evitarea unor modificări funcţionale sau chiar patologice, care pot apare în climacteriul masculin, este recomandabilă o atenţie deosebită pentru menţinerea unei stări de sănătate optime, în perioada de vîrstă ce precede instalarea acestuia.

Riscul apariţiei unui sindrom de climacteriu masculin cu manifestări intense este mult mărit de prezenţa unor disfuncţii endocrine, mai ales hipofizare, gonadice şi tiroidiene, disfuncţii metabolice şi vasculare, predispoziţii la tulburări neuropsihice etc.

Unele studii au arătat că în perioada preclimacterică se observă o exacerbare a libidoului, posibilitatea de a fecunda a spermei păstrîndu-se uneori pînă la vîrsta de 70—80 de ani.

Raportat la apariţia menopauzei, climacteriul masculin survine mai tardiv, cu aproximaţie 7—8 ani. Vîrsta apariţiei, unii autori o situează între 50—70 de ani, însă se pare că mai frecvent survine între 55—60 de ani.

Scanned with OKEN Scanner

În general, climacteriul masculin se caracterizează prin scăderea libidoului și a interesului pentru sexul feminin, reducerea numărului raporturilor sexuale, erecții incomplete și de durată scurtă.

La persoanele care prezintă acest sindrom de climacteriu masculin se constată mai ales dificultăți în producerea erecției, cîteodată aceasta fiind absentă, chiar în cazul unei excitații adecvate, erecția fiind dificilă iar ejacularea precoce sau tardivă cu o cantitate redusă de spermă. În aceste condiții repetarea contactului sexual este dificilă sau chiar imposibilă. Ejacularea rapidă, însoțind erecții slabe și incomplete este considerată ca un prim sindrom al climacteriului masculin [119].

Unele cercetări [62] au arătat o apariție cu atît mai înceată a erecției cu cît bărbatul este mai în vîrstă, indiferent de metodele de excitație folosite. Această erecție la persoanele în vîrstă se menține uneori timp destul de îndelungat pînă în momentul ejaculării. La bărbați peste 60 de ani, o erecție completă, în mod obișnuit, se produce imediat înainte de ejaculare. La bărbatul peste 60 de ani, imediat înainte de ejaculare are loc numai o creștere a lungimii și diametrului penisului, fără o creștere, datorită vasocongestiei, a perimetrului coroanei glandului, așa cum se întîlnește la tineri.

Unul din factorii cei mai importanți pentru menținerea unei activități sexuale chiar la vîrste înaintate la bărbați constă în practicarea unor raporturi sexuale cu o frecvență regulată, începînd din tinerețe și continuînd pînă la vîrsta senescenței. În acest caz se poate duce o viață sexuală normală pînă la 70—80 și chiar 90 de ani.

În perioada ce caracterizează climacteriul masculin, modificările histologice la nivelul testiculului sînt ilustrate de o îngroșare, fibrozare sau hialinizare a tubilor seminali cu interesarea celulelor Leydig, care prezintă o involuție parțială pusă în evidență prin studierea aspectului morfologic, cantitativ și histochimic al acestora. În această perioadă, în tubii seminali, spermatogeneza se menține timp îndelungat scăzînd lent și neîncetînd niciodată complet, chiar la o vîrstă de 80—90 de ani, existînd posibilitatea fecundării.

În climacteriu se constată că androgeneza este mai intens modificată decît spermatogeneza.

Modificările somatice sînt ilustrate de o depunere de țesut lipoidic mai ales în regiunea abdominală, șolduri și coapse în urma hiposecreției de testosteron. Dezechilibrul dintre estrogeni și androgeni favorizează o creștere în volum a prostatei.

Hipotone, penisul și testiculul nu prezintă însă modificări deosebite, scrotul fiind flasc și hipopigmentat. Această afectare redusă a organelor genitale este datorată păstrării unei spermatogeneze diminuate și în perioada senescenței, chiar pînă la vîrste înaintate de 80—90 de ani.

Scanned with OKEN Scanner

UNELE ASPECTE PRIVIND SEXUALITATEA LA PERSOANELE ÎN VÎRSTĂ

Îmbătrînirea este consecinţa modificărilor care încep din momentul concepţiei şi se continuă în tot timpul vieţii, după o schemă precisă, în structura complexă a fiecărei celule a corpului. Aceste modificări se efectuează în ritmuri diferite, în funcţie de caracteristicile individuale ale persoanelor şi la aceeaşi persoană în funcţie de diversele organe.

Progresele în domeniul igienei, precum şi prezenţa unei alimentaţii mai raţionale au permis în ultimele decenii o creştere considerabilă a numărului persoanelor în vîrstă în colectivităţile umane, precum şi a vîrstei medii de viaţă. Cu cît condiţiile social-economice sînt mai favorabile, cu cît calitatea vieţii este mai bună, cu atît se observă un număr mai mare de persoane care ating vîrsta de 70, 80 şi chiar 90 de ani.

Procesele de îmbătrînire nu duc neapărat la o încetare totală, bruscă a activităţii sexuale, aşa cum în mod greşit se aminteşte frecvent în discuţiile purtate pe această temă. Numeroase studii au arătat că activitatea sexuală se poate întîlni chiar la persoane în vîrstă, uneori peste 90 de ani, mai ales atunci cînd există un partener sau o parteneră care să se adapteze acestei situaţii mai puţin cunoscute şi mai puţin studiate. În general, opinia publică admite foarte uşor inexistenţa unei vieţi sexuale la persoanele în vîrstă. Se presupune cu o uşurinţă de nimic justificată că la persoanele în vîrstă de ambele sexe, activitatea sexuală şi chiar dorinţele sexuale nu mai prezintă nici un interes. Îmbrăţişarea a doi parteneri sau afişarea unor gesturi care ilustrează afecţiunea reciprocă, mai ales atunci cînd devin publice sînt apreciate în cel mai bun caz drept ridicole, în cel mai grav caz fapte reprobabile, impudice, demne de toată indignarea opiniei publice. Unele prejudecăţi au creat imaginea falsă că persoanele în vîrstă trebuie să fie asexuale, în sensul că nu trebuie să aibă raporturi sexuale. S-a mers mai departe susţinîndu-se fără nici o bază ştiinţifică cum că emi-

Scanned with OKEN Scanner

sia de spermă slăbeşte organismul, favorizînd îmbătrînirea şi precipitînd sfîrşitul letal. S-a spus chiar „Moartea începe cu emisia spermei, iar viaţa se prelungeşte prin reţenţia acesteia“ [53]. Asemenea concepţii greşite merg în unele cazuri pînă a considera, absolut fără nici un argument ştiinţific, că fiecare contact sexual scurtează viaţa cu o jumătate de oră sau chiar mai mult. În alte cazuri contactul sexual este considerat cauza sfîrşitului letal, existînd chiar opere literare sau ecranizări cinematografice în care bătrînii mor în timpul efectuării acestuia. Nu este mai puţin adevărat că la crearea acestor imagini false au contribuit şi unele coincidenţe, victimele fiind bolnavi cardiaci în stare gravă sau hipertensivi la care foarte probabil moartea ar fi survenit şi dacă ar fi făcut şi un efort fizic de altă natură.

Apariţia unor asemenea concepţii greşite se datoreşte într-o mare măsură insuficientei cunoaşteri a sexualităţii vîrstelor înaintate. Imensa majoritate a studiilor şi cercetărilor efectuate în diverse ţări în domeniul sexologiei au avut ca obiect activitatea sexuală a tinerilor şi adulţilor, foarte puţine din acestea ocupîndu-se de aspectele particulare ale acestei activităţi la persoanele în vîrstă. Această lacună în cunoaşterea problemelor de sexologie ale persoanelor în vîrstă afectează şi corpul medical, citîndu-se cazuri de medici care s-au adresat unor specialişti din redacţia unor reviste medicale cu întrebarea dacă este normal ca un bărbat de 60 de ani, sănătos şi cu o căsnicie fericită să mai aibă contact sexual la această vîrstă (G. V. Laury, 1976).

S-a pus întrebarea : de ce la persoanele în vîrstă se presupune atît de frecvent inexistenţa unor preocupări pentru activitatea sexuală.

S-a răspuns că, probabil, tinerii acceptă greu ideea că părinţii mai pot să iubească asemeni lor. Bunicii nu trebuie să mai prezinte nici un fel de preocupări sexuale. În cazurile cînd acestea există, respectivii bătrîni sînt calificaţi drept vicioşi, impudici sau degeneraţi şi trataţi ca atare [53].

Un rol important în formarea acestei optici greşite îl au mijloacele de informare a marelui public. Marea majoritate a producţiilor cinematografice, cum este şi normal, prezintă personaje tinere, frumoase, puternice, aproape ideale, parcă anume făcute pentru o activitate sexuală. La fel operetele, unele romane etc.

Din studiile efectuate, în domeniul sexualităţii persoanelor în vîrstă, rezultă că vîrsta biologică înaintată nu constituie un obstacol în continuarea activităţii sexuale. Aceasta este în funcţie de : 1. existenţa unor condiţii favorabile ; 2. o stare de sănătate relativ bună a ambilor parteneri ; 3. dorinţa satisfacerii nevoilor sexuale de către cei doi parteneri ai cuplului.

Un rol pozitiv, deosebit în activitatea sexuală a persoanelor în vîrstă, îl are existenţa unei familii, importanţa unui partener sau partenere disponibile, aşa cum se întîmplă la bătrînii căsătoriţi, fiind indiscutabilă [53]. Acest aspect este ilustrat de rezultatele unor studii care au arătat un procent de 54% de persoane cu o activitate sexuală într-un grup de persoane în vîrstă, căsătorite, faţă de numai 7% într-un grup de persoane în vîrstă necăsătorite sau singure.

Numeroase persoane în vîrstă au menţionat prezenţa unei afecţiuni fizice, de obicei cronice, de care sufereau unul sau ambii soţi drept cauză

Scanned with OKEN Scanner

a unei mai reduse activităţi sexuale sau chiar a unei stopări a acesteia. Nici unul dintre aceştia n-a incriminat drept cauză a acestor modificări ale activităţii sexuale lipsa unei dorinţe sexuale [53, 54].

O importanţă particulară în diminuarea activităţii sexuale la persoanele în vîrstă o au factorii psihologici, influenţa opiniei publice. În unele cazuri activitatea sexuală este evitată datorită unei subaprecieri reale sau închipuite, fiecare partener temîndu-se de a nu place celuilalt sau de a nu se satisface reciproc. Femeia în vîrstă se teme că şi-a pierdut seducţia, apanaj al tinereţii, aspect agravat şi de comparaţia cu nenumărate imagini fotografice sau chiar cinematografice, care au fixat diferite momente din evoluţia somatică a acesteia de la copilărie şi adolescenţă pînă la perioada maturităţii depline, cînd ştia că mai era dorită. Multe din aceste imagini din tinereţe sau maturitate o arată în costum de baie chiar bikini sau în ipostaze de mare frumuseţe plastică, anatomică, în contrast sever cu decreptitudinea în care se găseşte la bătrîneţe. Aceste comparaţii cotidiene, aproape obsesive la unele femei, creează inhibiţii care le stopează orice activitate sexuală. În alte cazuri, modificările funcţionale ale mucoasei vaginale, lubrefierea insuficientă a acesteia, comparativ cu perioada anterioară menopauzei, constituie de asemenea, un factor de inhibiţie, ce justifică parţial evitarea contactelor sexuale. Uneori, teama de alterare a sănătăţii precare a soţului în vîrstă face ca femeia să evite sau să renunţe definitiv la contacte sexuale, mai ales atunci cînd soţii sînt de vîrste foarte apropiate.

Un factor important în scăderea activităţii sexuale a bărbatului în vîrstă îl constituie teama de o erecţie tardivă, incompletă sau de scurtă durată, nesatisfăcătoare şi pentru el dar în mai mare măsură pentru partenară, agravate de un sentiment de vinovăţie, mai ales cînd aceasta este mult mai tînără decît el şi într-o stare de tensiune erotică intensă. Pentru producerea erecţiei, în urma unei stimulări sexuale eficace, la un bărbat de peste 50 de ani, este necesar un timp de 2—3 ori mai mare decît la unul tînăr, cînd apare după 3—5 secunde. La bărbatul în vîrstă ejacularea se produce într-o singură etapă, contracţiile glandelor accesorii în loc să preceadă cu 2—3 secunde contracţiile expulsive ale uretrei peniene se produc simultan. Numărul contracţiilor şi forţa acestora de expulsie a spermei se diminuează pe măsură ce se înaintează în vîrstă. Dacă primele jeturi de spermă pot fi expulzate de un bărbat tînăr la distanţa de 30—60 cm, la 60 de ani distanţa se reduce la jumătate, iar între 60—70 de ani nu mai sînt vizibile contracţiile prostatei în momentul ejaculării. Se pare că la bărbatul de peste 60 de ani senzaţia de inevitabilitate a ejaculării şi cea de plăcere caracteristică momentului contracţiilor de expulzare a spermei este absentă sau mult scăzută.

Cercetările efectuate de Kinsey şi de colaboratorii lui [53] pe 126 de bărbaţi şi 56 de femei, avînd o vîrstă cronologică de peste 60 de ani, nu au putut stabili nici un moment precis cînd vîrsta înaintată afecta dintr-o dată comportamentul sexual. Bărbatul cel mai în vîrstă care încă mai era activ din punct de vedere sexual număra 88 de ani, şi era căsătorit cu o femeie de 90 de ani. Observaţiile efectuate asupra unui număr de femei nu au pus în evidenţă fapte convingătoare, care să ateste o îmbătrînire a capacităţii sexuale a acestora.

Scanned with OKEN Scanner

Observațiile făcute asupra unui număr de 74 de bărbați, cu o vîrstă medie de 71 de ani, au pus în evidență la 75% prezența unor dorințe sexuale și la 55% existența unei activități sexuale care se manifesta uneori de trei sau mai multe ori pe săptămînă (Freeman — Sexual Capacities in the Aging Male, 1961 [53]. La bărbații peste 50 de ani s-a citat o reducere a activității sexuale. În ceea ce privește femeile în vîrstă, „se pare că nu există argumente de ordin fiziologic pentru ca frecvența manifestărilor sexuale să nu fie menținută în anii de după menopauză" (Masters și Johnson, 1966, [62]).

Rezultatele unui studiu efectuat pe 250 de persoane cu o vîrstă între 60—93 de ani au arătat o frecvență a contactelor sexuale variind între o dată la două luni pînă la trei ori pe săptămînă. S-a constatat că peste 70% din cuplurile căsătorite, cu ambii parteneri sănătoși și cu o vîrstă de peste 60 de ani, duceau o viață sexuală activă. Se pare că în cazul bărbaților în vîrstă, văduvi, diminuarea impulsului sexual nu favorizează găsirea unei partenere. Unele date par să ateste că, la vîrste egale, bărbații au o activitate sexuală mai intensă decît femeile, iar dacă se bucură de o stare de sănătate bună pot duce această viață sexuală pînă la 80 de ani. Persoanele care au dus o viață sexuală activă în perioada tinereții și a vîrstei adulte, prezintă o destul de mare probabilitate de a-și păstra acest comportament sexual și la o vîrstă înaintată [53].

Tabel nr. 3 (după Kinsey, citat de [53])

Vîrsta ani	Frecvența săptămînală a orgasmelor la bărbat
41—45	1,89
46—50	1,76
51—55	1,49
56—60	1,09
61—70	0,7

Un rol important în rezolvarea acestor probleme revine medicului care trebuie să ajute cu competență persoanele în vîrstă pentru a duce o viață sexuală satisfăcătoare. Se cere mult tact, conștiință profesională și mai ales timp pentru a se apropia de acești oameni în vîrstă, sănătoși, normali, la care persistența unei dorințe sexuale, datorită unor păreri preconcepute, se consideră anormală, inadmisibilă chiar, creîndu-le un sentiment de culpabilitate și o stare de anxietate față de manifestările erotice cele mai naturale la o vîrstă mai tînără. În caz că se reușește, există toate șansele ca viața conjugală a acestora să fie ameliorată.

Este, totuși, greșită părerea că numai contactele sexuale ar reprezenta singura formă de manifestare a dragostei. Dacă persoanele în vîrstă nu pot, datorită unor cauze foarte diverse, să aibă raporturi sexuale, ele au posibilitatea să beneficieze de plăcerile oferite de alte forme ale manifestării afective : sărutul sau mîngîierea [53].

Cuplurile formate din persoane în vîrstă trebuie să fie convinse de necesitatea unei înțelegeri reciproce din partea ambilor parteneri, timpul necesar apariției erecției fiind mult mai îndelungat, iar lubrefierea vaginului solicitînd, de asemenea, o perioadă de timp mai mare, sau chiar necesitatea utilizării unui lubrefiant artificial.

Rezultatele a numeroase cercetări par să ateste că viața sexuală prezintă o continuitate de-a lungul întregii existențe și că vîrsta înaintată nu constituie un impediment în realizarea plăcerilor sexuale, cea mai mare

Scanned with OKEN Scanner

parte a cuplurilor formate din persoane în vîrstă fiind capabile din punct de vedere fiziologic să depună o activitate sexuală. Persistența unor preocupări sexuale la persoanele în vîrstă trebuie considerată normală. Dacă este solicitat, medicul are obligația să le dea îndrumări complete, pentru ca aceste persoane, spre sfîrșitul existenței lor să se mai poată bucura de plăcerile sexuale pe care le-au gustat de-a lungul vieții.

Să nu se uite că nu există o concordanță absolută între vîrsta calendaristică și cea biologică, unele persoane, de ambele sexe, fiind bătrîne fiindcă „se simt" bătrîne, în timp ce altele se simt bătrîne fiindcă „sînt" bătrîne". Prezența unei longevități active, la numeroase persoane, se datorește atît moștenirii ereditare a unui fond biologic cu aceste caracteristici, cît și a unor deprinderi igienice privind modul de viață, de alimentație, de activitate, de muncă, de odihnă etc.

Procesul de îmbătrînire poate fi accelerat de agresiunea a numeroși factori din mediul ambiant care suprasolicită sistemul neuro-endocrin, perturbînd activitatea normală a diverselor structuri ale organismului.

Din aceste motive va trebui să se acorde o deosebită atenție asigurării atît în familie, cît și în colectivele de muncă, a unei atmosfere optimiste, relaxate, lipsită de orice manifestare conflictuală, propice stimulării unei activități creatoare eficiente, care favorizează prevenirea unei îmbătrîniri premature. Numeroase observații atestă că îmbătrînesc mai tardiv persoanele care duc o viață ordonată, cu activitate susținută, ritmică, bine planificată, fără perioade de suprasolicitare.

Un program rațional de muncă și de repaus, cu o repartiție judicioasă a timpului afectat odihnei, gimnasticii, relaxării în aer liber și mai ales mersului pe jos constituie elemente importante în prevenirea îmbătrînirii.

Scanned with OKEN Scanner

TULBURĂRI SEXUALE LA BĂRBAT

IMPOTENȚA SEXUALĂ

Prin denumirea de impotență sexuală se înțelege prezența la bărbat a tulburărilor de dinamică sexuală, în totalitate, parțial sau electiv față de o anumită femeie. Tulburările cele mai frecvent citate sînt cele de erecție care poate fi diminuată, de scurtă durată, rară sau absentă, precum și de ejaculare care poate fi : precoce, întîrziată sau absentă. Aceste două tulburări majore se întîlnesc frecvent asociate la bărbații cu impotență.

Impotența a fost clasificată în : impotență sexuală organică și impotența sexuală funcțională psihogenă (Roche, P., 1967, [119]).

1) Impotența sexuală organică

Poate fi :

a. *de origine neurologică :* este produsă de leziuni ale centrilor sexuali din hipotalamus sau din măduva spinării, leziuni ale căilor de conducere centripete sau centrifuge, leziuni ale inervației locale.

b. *de origine vasculară :* survine datorită unor tulburări vasculare de irigare a penisului în urma unor leziuni ale aortei sau bifurcației aortei.

c. *de origine endocrină :* apare în cazul unei insuficiențe endocrine a testiculelor, congenitale sau dobîndite, insuficiența sau hiperfuncția hipofizei, în insuficiența tiroidiană, în mixedem, în hipertiroidism moderat, în tulburarea secreției corticosuprarenalei, în hipersimpaticotonie, precum și în stările de parasimpaticotonie, fapt care atestă importanța echilibrului sistemului nervos vegetativ.

d. *de alte origini :* de origine genito-urinară, datorită unor leziuni ale glandului, afecțiuni ale uretrei, prostatei, corpilor cavernoși sau spongioși ; de origine metabolică, se întîlnește la bolnavi cu ciroze, insuficiență hepatică ; diabet zaharat în care este afectată în primul rînd erecția, după care apar tulburări de ejaculare.

Scanned with OKEN Scanner

e. *datorită unor cauze generale :* putînd apare la bolnavi cu cardiopatii, bronhopatii, scleroză pulmonară, astm, nefropatii, colite cronice, intoxicații cronice, alcoolism etc.

Dintre substanțele ce pot favoriza impotența sexuală secundară menționăm consumul de băuturi alcoolice. Trebuie combătută părerea greșită că alcoolul etilic crește potența sexuală, în realitate acesta scăzînd-o prin tulburări ale erecției, ejaculării, libidoului, comportamentului sexual.

2) Impotența sexuală psihogenă

Este mai frecventă decît cea organică și a fost clasificată după cum urmează :

a. *Impotența sexuală de debut sau a adolescenților.* Aceasta se întîlnește la adolescenți, care fie că nu au avut raporturi heterosexuale practicînd autoerotismul, fie că au suferit un eșec în efectuarea unui raport sexual, fapt care a dus la instalarea inhibiției sexuale.

b. *Impotența sexuală la primul contact sexual cu o nouă parteneră.* Se întîlnește în unele cazuri la bărbații recent căsătoriți sau la bărbații care au contacte cu o nouă parteneră, cînd, deși sînt atrași și au o afecțiune față de femeie, prezintă tulburări în dinamica sexuală prin absența erecției sau ejacularea precoce, cu toate că anterior nu au avut asemenea tulburări. Aceste situații pot favoriza apariția unor decompensări cu caracter nevrotic. În multe cazuri ejacularea precoce este cauzată de o hiperemotivitate a bărbatului față de noua parteneră.

c. *Impotența sexuală neuropsihică secundară.* Apare brusc sau în timp la bărbați care anterior au avut o viață sexuală normală, ea survenind după un traumatism psihic, cu cele mai diferite etiologii. Un rol important revine partenerei, care în cazul unui eșec sexual al bărbatului, prin agresivitatea și comportamentul său lipsit de tact, afecțiune și răbdare, poate agrava impotența sau dimpotrivă, printr-o atitudine înțelegătoare, poate favoriza vindecarea.

d. *Impotența sexuală psihogenă primară.* Se întîlnește la bărbații care nu au cunoscut viața sexuală, sau chiar dacă au cunoscut-o nu au ajuns la sexualitatea caracteristică a adultului, rămînînd în stadiile infantile. Atribuind partenerei un rol protector, în caz că se căsătoresc, rolul soției este aproape exclusiv matern.

e. *Impotența sexuală la bolnavi cu nevroze.* Se întîlnește destul de frecvent la bărbați cu nevroză, caracterizată printr-o simptomatologie destul de complexă, constînd din : astenie, irascibilitate, cefalee, insomnie, inapetență, scăderea în greutate, palpitații, teamă, idei fixe etc. Această formă de impotență se întîlnește în nevroza astenică sau neurastenie, în care sînt frecvente tulburările de erecție și ejacularea precoce ; în psihastenie sau nevroză obsesivă fobică, în care predomină ideile fixe, neîncrederea în posibilitățile sexuale, obsesia eșecului, fobia unei maladii venerice etc., precum și la bărbații cu isterie la care se pot întîlni cele mai diverse tulburări sexuale, datorită predominanței activității centrilor subcorticali.

Această formă de impotență, ca și unele forme cu leziuni organice este curabilă dacă beneficiază de un tratament medical de specialitate efectuat în timp util.

Scanned with OKEN Scanner

PRIAPISMUL

(Priapos : zeul fecundității în mitologia greacă).

Priapismul este o afecțiune caracterizată printr-o stare de erecție dureroasă, anormal prelungită și care nu ajunge la ejaculare. Erecția poate fi permanentă sau intermitentă.

Penisul este mult mărit ca volum, avînd o formă aproape conică. Datorită durerii contactele sexuale sînt nedorite, chiar imposibile, majoritatea bolnavilor avînd un libidou redus sau absent.

Afecțiunea se poate instala brusc sau progresiv, în timp, durata bolii variind de la cîteva zile la ani de zile.

INDURAȚIA PLASTICĂ A PENISULUI

Afecțiunea a fost descrisă de François de la Peyronie (1678—1747) în anul 1743, fiind denumită și „boala Peyronie".

Maladia se caracterizează prin prezența în structura penisului a unor noduli sau plăci indurate, care în timp pot conflua, iar în unele cazuri datorită producerii de calcificări indurațiile au o consistență aproape osoasă.

Aceste modificări în structura penisului produc deformări în timpul erecției însoțite de dureri, creînd dificultăți în realizarea contactului sexual, care uneori devine imposibil.

Scanned with OKEN Scanner

TULBURĂRI SEXUALE LA FEMEIE

DISPAREUNIA

Dispareunia este o tulburare ce a fost definită ca prezenţa oricărei senzaţii dureroase, localizată mai ales la nivelul organelor genitale şi care apare în timpul contactului sexual sau la scurt timp după efectuarea acestuia.

S-a descris o dispareunie primitivă care se observă la începutul activităţii sexuale, aici încadrîndu-se şi aşa-numita dispareunie „de rodaj" care se întîlneşte la tinerii căsătoriţi şi o dispareunie secundară, care apare după o perioadă de activitate sexuală normală.

În etiologia dispareuniei intervin numeroase modificări psihosomatice, mai importante fiind următoarele :

1. tulburări neuropsihice generate de diverse cauze (stări conflictuale ale cuplului, brutalitatea partenerului, dereglări afective etc.), care în timp pot duce la o aversiune faţă de sexul opus şi faţă de contactul sexual ;

2. tulburări vulvo-vaginale secundare, infestări cu trichomonas sau/şi cu ciuperci (Candida) ;

3. tulburări pelviene ginecologice secundare unor infecţii sau infestări, afecţiuni chirurgicale (deviaţii uterine, rupturi de col la naştere, plăgi vulvare sau vaginale etc.), vaginism, frigiditate etc. ;

4. tulburări endocrine, cel mai frecvent datorită insuficienţei ovariene estrogenice secundare instalării menopauzei, efectuării unor castrări chirurgicale sau radioterapeutice etc. ;

5. tulburări diverse : polipi uretrali, prurit vulvar, eczeme, herpes etc. ;

6. tulburări de dinamica sexuală prin practicare de către bărbat a contactului sexual întrerupt (coitus interruptus) ce nu permite declanşa-

Scanned with OKEN Scanner

rea orgasmului la femeie și favorizează în timp instalarea unei congestii cronice la nivelul pelvisului.

La bărbat, dispareunia este mult mai rară decît la femeie, fiind secundară lezării sau infectării organelor genitale masculine (gland, prepuț, uretră etc.).

În cazurile de dispareunie se va face apel la un examen medical competent, de specialitate.

Un rol important revine bărbatului, care cu mult tact, răbdare și afecțiune va căuta să se adapteze în timpul contactului sexual la solicitările femeii. Se recomandă evitarea unui contact sexual prelungit sau o ejaculare precoce, căutîndu-se cu asentimentul partenerei o poziție copulatorie cît mai ușor suportabilă și eficientă.

FRIGIDITATEA

Frigiditatea, (anafrodizia, anestezia sexuală sau anorgasmia feminină) a fost definită ca absența libidoului sau ca imposibilitatea femeii de a ajunge la orgasm în urma unui contact sexual vaginal cu un bărbat.

Prezența acestei tulburări sexuale creează dificultăți în viața conjugală prin absența emoțiilor erotice, a senzațiilor sexuale, la femeie, făcînd imposibilă producerea orgasmului.

Perpetuarea acestei stări poate favoriza apariția animozităților între soți, fragilizînd interrelațiile dintre aceștia și deteriorînd viața familiară.

În unele situații, pentru a masca frigiditatea de care suferă, femeile mimează în timpul contactului sexual senzația de orgasm. Frecvența frigidității, în funcție de diverși autori, se situează între 30% și 50% cu nuanțe și intensități diverse în funcție de caracteristicile individuale.

În etiologia frigidității, scăderea sau absența libidoului poate fi produsă de numeroase cauze [28] :

1. Cauze fiziologice. Acestea determină absența libidoului în perioada prepubertară și chiar pubertară pînă în momentul cînd se produce maturizarea psihosomatică și interesul fetei pentru bărbați. Se citează o scădere progresivă a libidoului din perioada de premenopauză, cînd se apreciază a fi prezent la numai 60% din femei, pentru ca după instalarea menopauzei să se întîlnească la numai 20%. De asemenea se consideră fiziologică diminuarea libidoului în timpul gravidității și după naștere cînd preocupările psihoafective ale femeii pentru copil depășesc pe cele direcționate sexual.

2. Cauze constituționale. Acestea sînt foarte numeroase, în funcție de caracteristicile individuale ale femeii, fiind influențate de educația în familie, în școală, în mediul social în care aceasta trăiește și lucrează. Un rol important revine primelor experiențe sexuale, cînd brutalitatea partenerului, agresivitatea acestuia, condițiile precare ambientale

Scanned with OKEN Scanner

în care s-a desfășurat actul sexual pot traumatiza psihic femeia, antrenînd o diminuare uneori definitivă a libidoului.

De asemenea, lipsa stimei și afecțiunii față de partener, frica de contractare a unor boli, mai ales venerice, teama de a rămîne gravidă etc., pot favoriza apariția frigidității. O scădere a libidoului se citează și în cazul unei abstinențe prelungite, la femei cu preocupări psihice foarte intense în alte domenii.

3. Cauze organice. Acestea pot produce o diminuare a libidoului, prin afectarea organelor genitale : leziuni vulvo-vaginale, afecțiuni uterine etc., precum și prin cauze extragenitale, ca boli cronice consumptive, insuficiențe ovariene, corticosuprarenale, tiroidiene etc.

4. Cauze farmacologice. Folosirea timp îndelungat a unor medicamente, mai ales tranchilizante, neuroleptice, hipnotice și sedative sau care au în mod secundar efecte sedative și hipnotice. În afară de factorul timp, un rol deosebit revine dozelor folosite.

Absența orgasmului favorizează congestia organelor genitale datorită menținerii fluxului de sînge în structurile erectile, absenței relaxării musculaturii și inhibării secrețiilor vaginale. În aceste cazuri, în timpul actului sexual sau în timpul mersului aceste femei prezintă dureri lombare și pelviene, precum și o stare de tensiune frecvent asociată cu senzația de insatisfacție.

În funcție de simptomatologie, frigiditatea a fost clasificată în [119] :

1. Frigiditatea totală sau completă, caracterizată prin absența oricărui impuls sexual pentru bărbați, contactul sexual avînd un caracter aproape mecanic și efectuîndu-se în lipsa oricărei senzații erotice.

2. Frigiditatea incompletă, definită ca acea formă clinică în care există dorința sexuală, dar în condiții de excitație erotică diminuată, care nu se intensifică în timpul contactului sexual și nu se obține astfel niciodată orgasmul.

3. Frigiditatea parțială, caracterizată printr-o sexualitate normală, dar cu imposibilitatea de a ajunge la orgasm vaginal, obținîndu-se însă o stare de satisfacție asemănătoare orgasmului, în urma excitării îndelungate a organelor genitale externe și în special a clitorisului.

Într-o categorie aparte pot fi cuprinse toate cazurile care au o atracție foarte redusă față de bărbat, cu o hiposensibilitate sexuală, cu un libido scăzut, cu anestezie sexuală pasageră sau libido diminuat, alternînd cu stări de excitație sexuală normală, precum și frigiditatea relativă conjugală datorită unei incapacități a bărbatului de a produce orgasmul la femeie.

În mod obișnuit, se descriu mai multe forme clinice de frigiditate [119] :

1. Frigiditatea simptomatică sau secundară, care apare ca un simptom în cadrul unor boli cunoscute : leziuni cerebrale și medulare, diabet zaharat, anemii, obezitate, astenii grave cu scăderi ponderale importante, toxicomanii (alcoolism cronic, morfinomanie etc.), infantilism genital, teleclitoridie), modificări de troficitate, elasticitate și dimensiuni ale zonei vulvo-vaginale, prolapsul vaginal, rupturile perineale, retroversii sau lateroversii uterine, prolaps uterin, inflamații ale organelor genitale și anexelor, insuficiențe ovariene primitive, insuficiențe

Scanned with OKEN Scanner

ovariene secundare, hipersecreţie de estrogeni, acromegalie, insuficienţă hipofizară, sindromul adiposo-genital, mixedemul primitiv sau secundar, tireotoxicoză, boala lui Basedow, insuficienţa corticosuprarenală cronică (boala Adisson), sindromul suprarenometabolic (Cushing), hipercorticisme androgenice, tumori epifizare etc.

2. Frigiditatea funcţională, psihogenă poate fi favorizată de numeroşi factori psihici care pot inhiba dorinţa sexuală şi/sau orgasmul la femeie.

Dintre aceştia se menţionează : absenţa afectivităţii, a emoţiilor erotice stimulante, o viaţă severă excesivă a fetei în mediul familiar, conflicte conjugale ale părinţilor, comportament incorect al soţului, lipsa de tact, brutalitatea, trivialitatea, gelozia soţului sau soţiei, infidelitatea, manieră brutală, violentă în care s-a desfăşurat primul contact sexual, absenţa stimei faţă de soţ, căsătoria din interes, teama de sarcină, absenţa preludiului, poziţii şi tehnici copulatorii neplăcute sau neacceptate de femeie, ejacularea precoce a bărbatului sau practicarea metodei „coitus interruptus", ambianţa de disconfort în care se desfăşoară actul sexual, gesturi sau obiceiuri neplăcute, vulgare ale bărbatului, autoerotismul, teama femeii de a nu contracta o boală venerică etc.

Considerată ca un simptom nevrotic declanşat de un partener greşit ales, frigiditatea funcţională este favorizată de numeroşi factori nevrozanţi şi afecţiuni, cum sînt : nevroza astenică, psihastenia, isteria.

Stările constituţionale psihice, morbide şi psihopatiile pot constitui factori favorizanţi ai frigidităţii, ca, de exemplu : schizofrenia, melancolia, psihoza maniacodepresivă etc.

VAGINISMUL

Vaginismul reprezintă o tulburare sexuală a femeii, datorită unei contracţii reflexe, involuntare a muşchilor perineului şi muşchilor ridicători anali care face imposibilă pătrunderea penisului în vagin. Frecvent se întîlneşte şi o contracţie simultană a muşchilor adductori şi a coapselor, depărtarea acestora fiind foarte dificilă sau chiar imposibilă.

În cazul cînd vaginismul apare după introducerea penisului în vagin, retragerea acestuia devine imposibilă, producîndu-se aşa-numitul „penis captivus". Se consideră că declanşarea contracţiei musculare reflexe este produsă de contactul penisului cu mucoasa vulvo-vaginală hipersensibilă sau chiar cu regiunea perineală. În mod obişnuit, vaginismul apare la tînăra fată cu ocazia primelor încercări de contact sexual. Mai rar se poate observa şi în perioada adultă, la menopauză sau după apariţia acesteia. De menţionat că, femeile care prezintă vaginism sînt receptive la excitaţii şi jocuri erotice, doresc contactul sexual, însă nu-l pot realiza datorită acestei contracţii reflexe a musculaturii vulvo-vaginale.

Scanned with OKEN Scanner

Printre factorii cauzali ai acestei tulburări se menţionează carenţe de educaţie sexuală, greşeli de comportament ale bărbatului, ilustrate de absenţa preludiului, gesturi brutale, agresive, traumatizante fizic şi psihic pentru femeie, prezenţa unui partener nedorit, frica de a rămîne gravidă, de a contracta o maladie venerică etc.

Personalitatea soţului prezintă o importanţă considerabilă în apariţia şi evoluţia acestei tulburări, cel mai frecvent fiind vorba fie de bărbaţi egoişti, stîngaci, brutali, ignoranţi, lipsiţi de experienţă, în multe din situaţii fără să fi avut vreun contact sexual anterior. În alte cazuri este vorba de bărbaţi cu o potenţă sexuală redusă, timizi, neexperimentaţi şi chiar ignoranţi în domeniul sexual, comportarea lor favorizînd apariţia vaginismului. Din aceste motive vaginismul a fost considerat ca o tulburare sexuală a cuplului, nu numai a femeii.

Scanned with OKEN Scanner

APAREUNIA

Apareunia a fost definită ca imposibilitatea efectuării contactului sexual, iar hemipareunia ca realizarea incompletă a acestuia, din cauze interesînd atît organele genitale feminine (vaginul), cît și organele genitale masculine (penisul).

Imposibilitatea contactului sexual prin blocarea pătrunderii penisului în vagin poate surveni din următoarele cauze :

a) **Vulvă inaccesibilă,** datorită unei obezități excesive a femeii, precum și în cazul unor deformații ale membrelor inferioare în urma unor maladii congenitale sau cîștigate care nu permit depărtarea coapselor, menținîndu-le lipite una de alta.

Cu toate acestea, utilizarea unor poziții copulatorii adecvate poate favoriza în multe cazuri efectuarea contactului sexual ;

b) **Malformații ale organelor genitale feminine :**

1. *Absența congenitală a vaginului.* Este o anomalie rară, fiind asociată uneori cu absența uterului, în majoritatea cazurilor, morfologic vulva fiind normală.

2. *Vagin dublu.* În aceste cazuri, există niște membrane suple, septuri longitudinale, care separă canalul vaginal în două canale de dimensiuni mai mult sau mai puțin egale, formîndu-se două vagine.

La acestea le pot corespunde două utere cu o dezvoltare morfofuncțională inegală. Se apreciază că, în general, această anomalie poate permite o activitate sexuală, în unele situații favorizînd însă apariția dispareuniei și vaginismului.

Se citează cazuri cînd prezența vaginului dublu nu a produs nici un inconvenient pentru activitatea sexuală, sarcină și chiar nașterea putînd decurge normal.

3. *Septuri vaginale transversale.* Se întîlnesc mai frecvent la unirea treimii superioare a vaginului cu treimea mijlocie.

Atunci cînd aceste septuri sînt perforate, contactul sexual se poate efectua normal, membrana septului fiind elastică și putîndu-se destinde.

Scanned with OKEN Scanner

În caz că aceste septuri transversale sînt neperforate, se impune un tratament chirurgical de specialitate pentru deblocarea canalului vaginal și favorizarea pătrunderii penisului în vagin.

4. *Himenul neperforat.* Existența acestei anomalii produce blocarea orificiului vaginal și nu permite eliminarea sîngelui menstrual care se acumulează în vagin sau chiar în uter sau trompe.

De obicei, acest aspect se observă mai ales la pubertate.

Tratamentul chirurgical permite deblocarea orificiului vaginal și efectuarea actului sexual normal.

5. *Himenul gros, perforat, rezistent, fibros,* poate face imposibilă pătrunderea penisului în vagin în timpul contactului sexual. Și în acest caz tratamentul chirurgical poate îndepărta ușor obstacolul.

c) **Anomalii genitale dobîndite**

Acestea pot surveni datorită acțiunii unor factori mecanici, traumatici, toxici sau infecțioși care, prin leziunile ce le produc, în urma vindecării acestora pot apare cicatrici retractile, stenozante, ce pot reduce diametrul canalului vaginal, în unele cazuri făcînd imposibilă pătrunderea penisului în vagin.

Aceste situații pot surveni în urma unor traumatisme : la naștere, în intervenții chirurgicale pe vagin, pe uter, arsuri vulvare, acțiunea unor substanțe chimice caustice, deflorări brutale cu rupturi de vagin etc.

Diminuarea orificiului vaginal și a canalului vaginal mai poate surveni în urma unei secreții scăzute de estrogeni, determinînd reducerea elasticității și troficității țesutului vaginal, cu apariția unor leziuni inflamatorii sau chiar precanceroase.

d) **Malformații ale organelor genitale masculine**

1. *Absența congenitală a penisului.* Este foarte rară, citîndu-se un număr redus de cazuri în literatură.

2. *Penisul hipoplazic.* Constă dintr-un penis foarte mic, aproape ascuns sub tegumente, făcînd imposibil actul sexual normal.

3. *Penisul palmat.* Constă în prezența unui pliu tegumentar triunghiular, care unește fața inferioară a penisului cu tegumentele scrotului, creînd dificultăți în efectuarea actului sexual.

4. *Penisul dublu.* Este, de asemenea, o anomalie foarte rară, caracterizată prin prezența a două penisuri suprapuse sau așezate unul lîngă altul în plan orizontal.

Acestea pot avea rădăcini separate sau unice, dezvoltarea ambelor penisuri făcîndu-se în mod egal.

În aceste cazuri, uretra și scrotul pot fi, de asemenea, unice sau duble.

5. *Fimoza.* Este o anomalie care constă într-o diminuare a diametrului orificiului prepuțului, care nu permite alunecarea acestuia pe glandul penisului.

Dacă acest orificiu este foarte redus, pot surveni fenomene congestive, dureri, chiar infecții.

Prezența fimozei creează dificultăți în timpul contactului sexual.

O complicație a fimozei este parafimoza, caracterizată printr-o contracție strînsă a prepuțului la nivelul șanțului balano-prepuțial.

Fimoza se tratează prin circumcizie, care în unele zone geografice de pe Terra se practică preventiv de la naștere.

Scanned with OKEN Scanner

Ipoteza unei hipersensibilităţi a glandului şi chiar a penisului la persoanele cu circumcizie este greşită, aşa cum au arătat unele cercetări făcute comparativ pe bărbaţi cu şi fără circumcizie (Masters şi Johnson, [119]).

6. *Hipospadiasul*. Este o malformaţie constînd din deschiderea uretrei într-un punct oarecare de pe faţa inferioară a penisului începînd de la nivelul glandului pînă la zona perineală, cînd poartă numele de „hipospadias perineal".

Cel mai frecvent deschiderea se face pe faţa inferioară a glandului, formînd „hipospadiasul balanic".

Această anomalie produce tulburări în timpul contactului sexual, care sînt cu atît mai intense cu cît deschiderea uretrei este mai depărtată de gland.

7. *Epispadiasul*. Constă în deschiderea meatului urinar pe faţa superioară a penisului. Această anomalie este mai rară decît hipospadiasul şi de asemenea creează dificultăţi în efectuarea contactului sexual.

Scanned with OKEN Scanner

INTERSEXUALITATEA

Acest termen defineşte un tip de sexualitate care nu este nici masculină şi nici feminină, ci ceva între sexe (Goldschmidt, 1917, [119]). Acest fenomen poate apare printr-o discordanţă între diversele etape şi subetape de sexualizare în timpul vieţii individului.

Dintre formele mai frecvente de intersexualitate se menţionează [119] :

1. **Sindromul de virilizare la femei.** Pilozitatea corporală s-a împărţit în 3 categorii :

a) *Pilozitatea generală,* care este reprezentată de părul de pe extremitatea cefalică, gene, sprîncene, perii fini de pe suprafaţa cutanată, această pilozitate fiind de origine genetică.

b) *Pilozitatea ambosexuală* este reprezentată de pilozitatea din regiunile axilare şi pubiene, care apare la pubertate, fiind datorită secreţiei cortico-suprarenalei şi gonadelor.

c) *Pilozitatea sexuală,* care este reprezentată de : barbă, mustaţă, de pilozitatea de pe peretele anterior al toracelui, de pe feţele dorsale ale oaselor metacarpiene, ea fiind datorită secreţiilor de hormoni androgeni de către testicul.

În caz că această pilozitate se dezvoltă în exces la femeie, respectînd topografia pilozităţii caracteristice sexului este denumită hipertricoză. Cînd, tot la femeie, această pilozitate se dezvoltă în alte zone topografice decît cele caracteristice femeii, poartă numele de hirsutism.

La femeia adultă, apariţia virilităţii se caracterizează prin următoarele simptome [119] :

1. *de masculinizare :* pilozitatea de tip masculin, hiperseboree, acnee, hipertrofie musculară, voce baritonală, hipertrofia clitorisului, uneori alopecie şi un diametru biacromial crescut faţă de cel bitrohanterian.

2. *de defeminizare :* diminuarea dezvoltării glandelor mamare sau chiar atrofia acestora, reducerea adipozităţii caracteristice feminine mergînd pînă la dispariţia acesteia, hipoplazia uterului cu tulburări menstruale, hipoplazia labiilor mici şi frecvent infertilitatea.

3. *tulburări de comportament sexual cu tendinţe de masculinizare.*

Comportamentul psihosexual al femeilor care prezintă acest sindrom de virilizare este, în general, de tip feminin, însă cu unele particularități. Astfel, dorința sexuală este în general prezentă, în majoritatea cazurilor chiar exagerată, iar în alte cazuri diminuată. În timpul contactului sexual aceste femei prezintă un comportament cu tendințe masculine, fiind dinamice, active și avînd o preferință pentru pozițiile copulatorii care asigură o intensă excitare a clitorisului. Frecvent s-a observat la aceste femei o frigiditate relativă, orgasmul fiind obținut după o excitație intensă și prelungită a clitorisului și mai puțin sau de loc pe cale vaginală.

În unele cazuri cu hipertrofie clitoridiană se citează o predispoziție pentru perversiuni sexuale, de tipul lesbianismului activ [119].

a) PSEUDOHERMAFRODITISMUL

Această intersexualitate se caracterizează printr-o discordanță dintre sexul genetic-cromozomial, gonadic și sexul gonoforic intern, genital extern și hormonal pubertar [119].

1. Pseudohermafroditismul masculin

Bărbații cu această boală prezintă testicule și sex genetic masculin, avînd în același timp organe genitale externe și tract genital intern cu aspect de tip feminin.

În aceste cazuri se observă organe genitale externe care se apropie mai mult de tipul feminin, clitoris și vulvă normală, însă cu testicule ectopice și uter absent sau organe genitale externe și interne ambigue, penis mic, uter, trompe, pseudovagin sau organe genitale externe mai apropiate de tipul masculin, iar tractul genital intern feminin.

În mod obișnuit, copiii cu pseudohermafroditism masculin la care organele genitale externe se apropie mai mult de tipul feminin sînt declarați la starea civilă de sex feminin. La aceștia se pot dezvolta la pubertate caracterele sexuale secundare feminine (sîni, pilozitate de tip feminin etc.) și avînd un pseudovagin, se comportă ca o femeie.

Dacă în timp testiculele încep să secrete androgeni se constată dezvoltarea penisului, modificîndu-se comportamentul spre cel masculin, fiind posibil chiar contactul sexual [119].

2. Testiculul feminizant

În cazul acestei intersexualități se constată un aspect morfologic de tip feminin cu pilozitatea pubiană și axilară absentă sau foarte redusă, glande mamare normal dezvoltate sau cu hipoplazie, organe genitale externe feminine, frecvent cu caracteristici infantile, vagin hipoplazic sau chiar absent, clitoris normal sau hipertrofiat.

Gonadele sînt reprezentate în acest caz de testicule, care au însă o poziție ectopică.

Persoanele care prezintă această boală genetică, transmisă numai de femei, pot avea fie un comportament masculin sau feminin, în unele cazuri ambosexual sau asexual.

Scanned with OKEN Scanner

3. **Pseudohermafroditismul feminin**

Forma aceasta se caracterizează prin prezenţa ovarelor şi a sexului genetic feminin în acelaşi timp, existînd şi organe genitale externe de tip masculin. Aceste femei prezintă un clitoris asemănător cu un penis, labiile mari fiind unite, dînd aspectul unui scrot, dar fără testicule.

După pubertate apar caracteristicile sexuale secundare care au aspectul feminin, comportamentul psihic fiind de asemenea feminin.

b) HERMAFRODITISMUL ADEVĂRAT

Această intersexualitate organică se caracterizează prin prezenţa la aceeaşi persoană a ambelor gonade, ovar şi testicul, secreţia acestora producînd o sexualizare ambovalentă cu predominanţa spre unul din sexe.

În această intersexualitate, gonadele pot coexista, testiculul de o parte, ovarul de cealaltă, sau în unele cazuri se poate întîlni o structură mixtă, conţinînd atît elemente morfologice ovariene cît şi testiculare (ovotestis).

Ovarul poate fi situat în abdomen, iar testiculul în mod obişnuit în scrot. În cazul formaţiei ovotestis, aceasta este situată cel mai frecvent intraabdominal şi mai rar în interiorul scrotului.

Scanned with OKEN Scanner

DEVIAŢII ALE COMPORTAMENTULUI SEXUAL

PERVERSIUNILE SEXUALE

În condiţiile societăţii noastre, comportamentul sexual normal constă în relaţii sexuale cu o persoană de sex opus, respectîndu-se legile naturale şi normele de conduită morală, etică şi socială.

Modificările de comportament sexual care depăşesc acest cadru sînt considerate ca perversiuni sexuale.

Trebuie menţionat însă că, în practică este destul de greu de precizat limita care separă un comportament normal de unul anormal. Chiar în cazul unei activităţi sexuale considerate normale în anumite momente, cînd plăcerea ajunge la paroxism, ca în timpul orgasmului, se pot întîlni unele gesturi, ca, de exemplu, strîngerea intensă în braţe a partenerului uneori producîndu-se chiar uşoare echimoze sau escoriaţii. Atunci cînd acestea nu sînt violente şi absolut indispensabile obţinerii orgasmului ele nu pot fi calificate drept anormale.

Vom menţiona cîteva din cele mai cunoscute perversiuni sexuale.

1. AUTOEROTISMUL SAU MASTURBAŢIA

Sub denumirea de autoerotism, masturbaţie, monosexualism, onanism sau ipsaţiune se înţelege obţinerea unor senzaţii sexuale (erecţie, ejaculare, orgasm) prin autoexcitarea organelor sexuale, în absenţa unei partenere sau partener.

Scanned with OKEN Scanner

Se menţionează şi existenţa unui autoerotism psihic, cînd excitaţia şi plăcerea sexuală sînt declanşate de trăiri erotice, imaginare, amintiri lascive, vise etc. în absenţa unor excitaţii manuale şi în absenţa contactului sexual.

În general, autoerotismul apare la persoanele tinere de ambe sexe, frecvenţa sa crescînd la pubertate şi adolescenţă şi scăzînd în perioada adultă, odată cu începerea unei activităţi sexuale normale.

Unele date par să ateste că autoerotismul este mai frecvent la fete în perioada antepubertară decît la băieţi, în timp ce în perioada pubertăţii şi adolescenţei ar fi mai frecvent la băieţi.

Factorii care condiţionează apariţia autoerotismului sînt destul de numeroşi. În general, condiţiile care trezesc sexualitatea la tineri pot favoriza practicarea autoerotismului.

Printre aceşti factori se pot enumera : imagini pornografice, literatură lascivă, contactul cu alţi copii sau adolescenţi care practică autoerotismul, contact cu adulţii cu limbaj şi comportare vulgară, ascultarea întîmplătoare a unor discuţii legate de sexualitate, observarea accidentală a actului sexual, îmbrăcăminte prea strîmtă care excită organele sexuale, jocuri care cresc excitabilitatea organelor genitale, atingerea acestora cu mîinile, sărutări pe abdomen, piept, coapse la copil într-un exces de alintare, prezenţa unor leziuni parazitare sau dermatologice extinse şi în regiunea genitală, multe din ele provocînd prurit, absenţa igienei organelor genitale (acumularea spermei sub preput la băieţi sau scurgerile menstruale la fete), viaţa sedentară, tendinţa de a trăi solitar, consumul de alimente excitante, băuturi alcoolice, consumul exagerat de lichide, mai ales seara, care exercită compresiuni prin intermediul vezicii urinare asupra organelor genitale, un pat prea moale într-o încăpere cu o temperatură ridicată etc.

Un factor important în practicarea autoerotismului îl prezintă o orientare greşită a educaţiei, actul sexual fiind prezentat tinerilor ca un lucru imoral şi dăunător organismului. De asemenea, un factor favorizant al autoerotismului este insatisfacerea în urma practicării actului sexual, fie a ambilor parteneri sau numai a unuia din ei. În mod obişnuit, pentru obţinerea ejaculării sau a falsului orgasm se utilizează frecarea manuală a organelor genitale cu diverse obiecte care se apropie de forma organelor genitale ale sexului opus.

Se citează în literatura medicală obiecte, dintre cele mai bizare, care au fost utilizate în acest scop : batoane de ceară, sticle cu gîtul lung, rujuri, andrele, creioane, ace de cap, bile de diverse mărimi, agrafe, sîrme îndoite la capăt etc. Uneori, obiectele folosite, pentru practicarea autoerotismului la fete au fost introduse în uretră, ajungînd chiar în vezica urinară. În majoritatea cazurilor utilizarea acestor obiecte în practicarea autoerotismului duce la leziuni ale mucoasei vulvovaginale sau uretrale [119].

La femei, cu excitabilitate crescută, se menţionează apariţia orgasmului chiar prin apropierea coapselor şi flectarea acestora pe abdomen.

Dealtfel, în autoerotismul psihic, declanşarea orgasmului se produce prin trăiri erotice imaginare sau amintiri lascive.

Scanned with OKEN Scanner

Se apreciază că autoerotismul nu oferă o satisfacţie sexuală completă, datorită absenţei contactului intim al femeii şi bărbatului şi implicit a trăirilor afective, a tensiunilor psihosexuale specifice contactului heterosexual.

Practicarea autoerotismului de către copii poate lua forma unui automatism, antrenînd apariţia mai rapidă a oboselii şi surmenajului, favorizînd diminuarea funcţiilor cerebrale, a memoriei, atenţiei şi a voinţei, reducerea apetitului şi scăderea ponderală, reducerea capacităţii de muncă şi a performanţelor în activitatea instructiv-educativă.

La adolescenţi, practicarea autoerotismului se asociază cu distanţarea acestora de sexul opus privit cu indiferenţă, dezinteres sau chiar repulsie, deoarece nu prezintă caracteristicile modelului existent în imaginaţia lor.

În aprecierea critică a implicaţiilor autoerotismului, părerile au oscilat între exagerări care îl declarau drept cauza celor mai grave boli ale sistemului nervos, pînă la cealaltă extremă, care îl considerau cu totul nenociv. Ambele puncte de vedere fiind greşite, autoerotismul situîndu-se la limita dintre normal şi patologic, profilaxia şi combaterea acestuia se va face cu mult tact, competenţă, răbdare şi încredere.

Trebuie menţionat faptul că, practicarea autoerotismului timp îndelungat prin suprasolicitarea sistemului nervos, pentru obţinerea satisfacţiei sexuale poate favoriza apariţia unor tulburări neuropsihice mai ales nevroze. Sentimentul de culpabilitate, depresiunea psihică, irascibilitatea, astenia, ejaculările precoce, cefaleea, ameţeala, palpitaţiile paresteziile la nivelul membrelor, starea de oboseală accentuată, frigiditatea şi chiar impotenţa sexuală prin autosugestie, datorită temerii de imposibilitatea efectuării actului sexual normal constituie simptome ce se întîlnesc uneori destul de frecvent la cei ce practică autoerotismul.

Atît exagerarea cît şi subestimarea consecinţelor autoerotismului au dus la atitudini inadecvate, needucative, uneori brutale, restrictive şi punitive, iar alteori indiferente şi pasive, în ambele cazuri la fel de greşite.

Rolul cel mai important revine familiei, care, cu tact şi afecţiune va căuta să explice adolescenţilor de ambe sexe modificările psihosomatice caracteristice perioadei pubertăţii, îndrumîndu-le preocupările lor spre activităţi cultural-artistice şi sportive şi integrîndu-i cu grijă într-o activitate colectivă, ştiindu-se că cei ce practică autoerotismul au tendinţe solitare, căutînd izolarea faţă de membrii colectivităţii umane în care trăiesc.

Integrarea activă a acestor tineri în colective de muncă cu un profil moral ireproşabil constituie o garanţie a succesului în combaterea şi profilaxia autoerotismului.

Nu este recomandabilă ignorarea importanţei activităţii sexuale şi evitarea oricărei discuţii asupra rolului organelor genitale sub pretextul unei false morale, aşa cum procedează unii părinţi, intensificînd şi mai mult curiozitatea copilului sau adolescentului.

Cultivarea unei atitudini morale pline de dragoste, de respect faţă de sexul opus, de afecţiune şi ataşament faţă de colegi, de colectivul de muncă, constituie un factor important în profilaxia autoerotismului.

Un regim de viaţă echilibrat, cu o solicitare fizică şi intelectuală care să nu depăşească posibilităţile organismului, cu o alternanţă corespunzătoare între perioadele de muncă şi odihnă şi asigurarea refacerii orga-

Scanned with OKEN Scanner

nismului printr-un somn normal, în condiţii de microclimat care să nu depăşească normele igienice constituie factorii care contribuie în mare măsură la profilaxia autoerotismului.

O atenţie particulară se va acorda îmbrăcămintei, mai ales aceleia care vine în contact cu organele genitale, trebuind să fie cît mai lejeră, fără a fi inestetică.

Purtarea de pantaloni şi lenjerie de corp foarte strîmtă, mai ales la băieţi, dar şi la fete poate produce stimulări mecanice la nivelul organelor genitale, creînd o stare de excitaţie continuă şi favorizînd chiar practicarea autoerotismului.

O bună igienă individuală, mai ales a organelor genitale poate contribui în mare măsură la profilaxia autoerotismului, cunoscîndu-se efectul tonifiant şi sedativ al duşurilor şi băilor, care prin înlăturarea iritaţiei produse de secreţiile fiziologice defavorizează practicarea autoerotismului. Şi în acest caz excesele trebuie evitate, o preocupare continuă, exagerată, pentru igiena organelor genitale putînd avea un efect opus prin intensificarea excitaţiilor la nivelul acestora şi favorizarea autoerotismului.

Practicarea unor sporturi, care prin specificul lor pot produce o excitaţie mecanică a organelor genitale, ca, de exemplu : ciclismul şi hipismul pot favoriza autoerotismul. Un rol important revine, de asemenea, alimentaţiei raţionale, evitîndu-se consumul de condimente, de băuturi alcoolice, iar la masa de seară se va evita consumul unui volum prea mare de alimente lichide, pentru a nu se produce perturbări în buna funcţionare a tractului digestiv şi renal, care pot favoriza apariţia unor tulburări circulatorii congestive la nivelul organelor genitale, mărindu-le excitabilitatea.

2. HOMOSEXUALITATEA SAU INVERSIUNEA SEXUALĂ

Homosexualitatea reprezintă o deviaţie de comportament sexual constînd din atracţia sexuală a unei persoane pentru altă persoană de acelaşi sex.

Inversiunea sexuală este mai frecventă la bărbaţi decît la femei. În afară de termenul de inversiune sexuală, în literatura de specialitate se mai întîlneşte termenul de homosexualitate, homoerotism, „al treilea sex", „contrasexualitate", „uranism".

Homosexualitatea la bărbaţi este denumită şi cu termenul de „pederastie" sau „sodomie".

La femei inversiunea sexuală mai poartă denumirea de „lesbianism", „saphism" sau „tribadism".

a) Inversiunea sexuală la bărbaţi

Se prezintă sub diverse forme clinice, mai importante fiind următoarele [119] :

Scanned with OKEN Scanner

1. *inversiunea sexuală reală, manifestă, exclusivă* corespunde acelei forme clinice în care bărbatul manifestă atracţie sexuală pentru alt bărbat, avînd o atitudine de repulsie sau indiferenţă faţă de femei ;

2. *ambisexualitatea, echisexualitatea sau inversiunea sexuală facultativă,* se caracterizează printr-o atracţie sexuală atît pentru bărbaţi cît şi pentru femei ;

Bărbaţii care prezintă această perversiune sînt atraşi de femei cu caracter masculin pronunţat ;

3. *inversiunea sexuală de circumstaţă sau de subtituţie* se caracterizează prin aceea că apare numai în anumite circumstanţe cînd lipsesc femeile, manifestîndu-se atunci cînd bărbaţii respectivi se găsesc în grup (marinari, internate, cazărmi etc.) ;

4. *inversiunea sexuală latentă* se caracterizează printr-o stare latentă a atracţiei sexuale faţă de un alt bărbat.

Se mai poate întîlni în cazuri de gelozie patologică, de alcoolism cronic, în stări paranoice, impotenţă sexuală psihogenă, promiscuitate cronică heterosexuală.

5. *inversiunea sexuală simptomatică* se poate întîlni la bărbaţi cu psihopatii la care impulsul sexual este îndreptat nediferenţiat spre bărbaţi, femei, copii şi chiar animale. Asemenea manifestări se pot observa în cazul unor boli, ca, de exemplu : encefalite, encefalopatii degenerative, tumori cerebrale, schizofrenie, psihoză maniaco depresivă, epilepsie, sifilis cerebral etc.

Inversiunea sexuală la bărbaţi există în două variante : pasivă şi activă.

Homosexualii activi se comportă ca bărbaţii în relaţii heterosexuale, iar pasivii au un comportament sexual de pasivitate feminină.

b) Inversiunea sexuală la femei (homosexualitatea feminină, homoerotism feminin, lesbianism, saphism, tribadism)

În cadrul homosexualităţii feminine se descriu următoarele aspecte mai importante :

1. *Saphismul* — numele vine de la poeta Sapho (sec. VI. î.e.n.) din insula Lesbos, sub conducerea căreia în antichitate se practica această perversiune care constă din sugerea reciprocă a organelor genitale (cunilincţie).

2. *Lesbianismul* — de la insula Lesbos (Ginecofilie), constă din excitarea mecanică a organelor genitale fie prin contactul direct al acestora la cele două partenere, una din femei jucînd rolul activ al bărbatului, fie prin excitarea manuală reciprocă cu un penis artificial.

3. *Tribadismul* — (gr. Tribein=a freca) constă în frecarea vulvei cu coapsa în mod reciproc de fiecare parteneră.

Mai puţin frecventă decît cea masculină, inversiunea sexuală la femai se poate întîlni în următoarele cazuri [119].

1. Femei care au contacte sexuale cu bărbaţi (heterosexualitate), alternînd cu o viaţă sexuală cu femei (homosexualitate).

2. Femei care prezintă o repulsie pentru contactele sexuale normale cu bărbaţii.

Scanned with OKEN Scanner

Cauzele lesbianismului sînt foarte numeroase, putîndu-se sistematiza în :

a) prin inițiere homosexuală datorită frecventării unor grupuri de lesbiene, mai expuse fiind femeile cu frigiditate vaginală.

b) traumatismele heterosexuale, datorită unei comportări brutale, violente a bărbatului cu ocazia primului contact sexual sau ca o consecință a egoismului bărbatului sau impotenței acestuia.

c) erorile de educație, prin cultivarea unui sentiment de teamă, nejustificată pentru relațiile sexuale cu bărbații.

În ceea ce privește dezvoltarea morfologică a corpului, somatic unele lesbiene au caracteristici masculine, iar altele feminine. În mod obișnuit, cele cu caracteristici masculine sînt active ; în atitudinea și manifestările lor încearcă să se comporte ca un bărbat, fiind autoritare, dure și utilizînd o vestimentație apropiată de cea a bărbatului. Acestea se căsătoresc foarte rar, de obicei soții fiind homosexuali, impotenți sau bătrîni.

Lesbienele pasive, deși rămîn frigide, incapabile de o plăcere sexuală autentică cu soțul, se pot căsători de convenienței cu un bărbat.

Unele din ele, dorind să aibă copii, reușesc să rămînă gravide prin relații heterosexuale, chiar fără a se căsători sau adoptă un copil. În majoritatea cazurilor, graviditatea sau nașterea copilului nu le modifică comportamentul sexual.

Practicarea lesbianismului nu asigură o satisfacție sexuală completă, predispunînd la apariția unor afecțiuni neuropsihice de tipul nevrozelor.

3. HIPERSEXUALITATEA SAU HIPERERROTISMUL

La om, erotismul este condiționat de numeroși factori : neuropsihici, climatici, succesiunea anotimpurilor, alimentație, diverse boli, educație, hormoni, genetici etc. Diagnosticul hipersexualității este destul de dificil de făcut avînd în vedere marea diversitate și variațiile individuale ale comportamentului sexual, foarte diferit de la o persoană la alta. Exagerări ale motivației sexuale datorită factorilor menționați, dar mai ales unor secreții excesive de hormoni sexuali pot duce la stări de hiperexcitabilitate, persoanele în cauză avînd necesități sexuale mai mari decît în mod normal, cu atracție erotică față de sexul opus, uneori agresivă, în contradicție cu normele sociale, etice și morale.

a) La bărbat, hipersexualitatea se manifestă printr-un impuls sexual exagerat, datorită unei secreții excesive de hormoni androgeni cu efect tonifiant, crescînd capacitatea de muncă, fizică și intelectuală, dar producînd totodată și o exacerbare a motivației sexuale și a libidoului, mergînd uneori pînă la o adevărată agresivitate sexuală datorită unor stări de excitație continuă.

Trebuie menționat însă că, în comportamentul sexual, alături de secreția de androgeni, un rol important revine factorilor neuropsihici.

La bărbații adulți, o secreție excesivă de hormoni androgeni duce la modificarea pilozității la nivelul feței, barba și mustățile crescînd într-un

Scanned with OKEN Scanner

ritm mai rapid decît normal, firul de păr fiind mai gros și mai rezistent, iar părul de pe extremitatea cefalică rărindu-se deseori datorită secreției crescute a glandelor sebacee (seboreea).

În aceste cazuri, pielea este mai groasă, frecvent constatîndu-se acnee, datorită acțiunii testosteronului ce favorizează apariția seboreei; tegumentele conținînd o cantitate mai mare de melanină, datorită secrețiilor androgenilor, la aceste persoane suprafața cutanată expusă radiației solare se bronzează mai rapid și mai intens.

În lucrările de specialitate se descriu cîteva tipuri reprezentative de hipererotism, unele din ele purtînd numele unor personaje celebre arhicunoscute:

1. „Don-juanul" („Don Juan" personaj legendar din cronicile spaniole considerat ca tipul seducătorului orgolios și cinic, a inspirat numeroase opere literare și muzicale) ilustrează bărbatul care caută în permanență să întrețină relații sexuale cu cît mai multe femei, fără a fi capabil să se atașeze afectiv, să iubească pe vreuna din ele. Întregul său comportament, uneori agresiv, este direcționat spre satisfacerea unei vanități și demonstrarea față de sine însuși a capacităților sale de mascul.

2. „Casanova" (Casanova de Seingalt, Giovani Giacomo (1725—1798) aventurier venețian devenit celebru prin aventurile sale galante evocate în memorii, „Povestea vieții mele") este ilustrat de bărbatul adulat de mai multe femei, activitatea sexuală pe care o depune avînd o nuanță de răzbunare pe fiecare femeie, pentru o imaginară sau reală rănire a amorului propriu cu ocazia unei aventuri amoroase.

3. „Satiriazisul" (Satir — grecește Satyros, — divinitate minoră în mitologia greacă, reprezentată ca un monstru cu corpul acoperit cu păr, două coarne mici, urechi ascuțite, coadă, picioare de țap sau de cal. Însoțea pe Dyonisos, zeul viței de vie și al vinului. În sens figurat, sinonim cu persoană desfrînată, libidinoasă. Satiriazis este sinonim cu Aidomania — în grecește: aidoia=organe genitale+mania=nebunie) este tot o formă de hipererotism ilustrat de bărbatul cu o stare de excitație sexuală permanentă și inepuizabilă, gata oricum, oricînd și oriunde pentru satisfacerea acesteia.

Hipererotismul masculin poate surveni în urma unor tulburări cu caracter organic sau funcțional, ca, de exemplu: encefalite, traumatisme cerebrale, tabes în prima fază, schizofrenie, stări maniacale, epilepsie, secreție crescută hipofizară de gonadotropi, hipertiroidism moderat, obsesii sexuale, preclimacteriu masculin etc. [119].

b) La femeie, datorită unei secreții excesive de hormoni estrogeni, poate să apară în unele cazuri o exacerbare a erotismului. Acest comportament hipererotic a fost caracterizat cu următoarele denumiri (W. Pasini, 1970, [119]):

1. Hipersexualitatea feminină, ce constă dintr-o activitate sexuală care depășește media grupului social din care aceasta face parte și avînd un scop specific sexual normal sau pervers.

2. Nimfomania, uteromania, andromania, aidomania se caracterizează printr-o activitate sexuală excesivă, apărînd ca o necesitate necontrolată și insațiabilă de a avea în orice moment relații sexuale, indiferent că acestea sînt satisfăcătoare sau nu.

Scanned with OKEN Scanner

În nimfomanie se întîlnește această bulimie sexuală ilustrată de continua căutare a unui partener posibil în absența oricăror criterii de selecție în afara existenței organelor genitale masculine.

Nimfomania, ca manifestare a erotismului excesiv la femeie este ilustrată printr-o dorință sexuală niciodată satisfăcută, fără nici o reținere de ordin moral, etic sau social.

Prezentă sau nu, satisfacția sexuală nu are importanță, nimfomana fiind în căutarea permanentă a posibilităților unui contact fizic sau a unei comunicări cu un bărbat, întîmplarea fiind deseori aceea care o apropie de un partener sau altul.

3. Erotomania se caracterizează printr-un comportament sexual neobișnuit, bazîndu-se pe deliruri erotice, manifestare care se întîlnește mai ales la femei cu tulburări psihice.

Cu toate că etiopatogenia hipersexualității este încă insuficient cunoscută, un rol important revine secrețiilor endocrine. Astfel, la femeile care prezentau o secreție crescută de foliculină, datorită unei stimulări de origine hipofizară s-a constatat o excitabilitate sexuală limitată numai la vagin, stimulii aplicați în alte zone ale corpului producînd reacții minime sau chiar nule, orgasmul declanșîndu-se numai prin contact sexual vaginal.

La aceste femei se observă o exacerbare a sensibilității și excitabilității, avînd o labilitate psihoafectivă și neurovegetativă crescută, instinct matern diminuat, cu capacitate de muncă fizică și intelectuală crescută. În timpul contactului sexual, pe cale vaginală ajung ușor la orgasm unic sau orgasme repetate punînd în dificultate potența bărbaților. Uneori pot avea deliruri erotice și fac forme de gelozie liniștite, fără exteriorizare, însă obsedante, chinuitoare.

La femei cu un exces de progesteron, datorită stimulării gonadotrope hipofizare crescute s-au observat manifestări de hipererotism, avînd o bază mai mult instinctivă, condiționată de sentimentul matern, fiind dornice de procreație și iubindu-și mult copiii.

La femeile cu o secreție mărită de hormoni androgeni de provenienţă suprarenală sau ovariană s-au constatat fenomene de hipererotism cu o predominanță netă a excitabilității clitoridiene, cu o dorință sexuală exagerată, cu manifestări agresive : avînd o afectivitate diminuată, fiind dominate de egocentrism, au sentimente materne foarte reduse și nu-și creează complicații afective.

La femeile cu o hiperfuncție tiroidiană se constată o stare de afectivitate exagerată, labilitate psihoafectivă marcată, uneori cu stări confuzionale, mergînd pînă la delir și o gelozie agresivă.

Se citează o creștere a dorinței sexuale la femeile echilibrate neuropsihic, chiar după menopauză, după histerectomii, după o castrare tardivă, după encefalite sau leziuni cerebrale, epilepsie, tuberculoză, prurit vulvar și vaginal moderat, micoze vaginale, inflamații cronice etc. Se pare că dorința sexuală, libidoul, este condiționată de atingerea unui anumit prag al secreției de hormoni sexuali, mai ales androgeni și o anumită stimulare a axului cortico-hipotalamo-gonadotrop [119].

Scanned with OKEN Scanner

Datorită numeroşilor factori care pot favoriza apariţia hipersexualismului la femei, se recomandă un examen medical complet de specialitate în toate cazurile manifestate. Alte perversiuni sînt :

4. Sadismul (numele îi vine de la Donatien Alphonse Francis, marchiz de Sade (1740—1814), scriitor francez, autor de romane licenţioase : „Justine" sau nenorocirile virtuţii ; „Juliette" sau voluptăţile viciului ; Filozofia în budoare) reprezintă un comportament sexual în care se obţine satisfacţia sexuală prin dureri provocate partenerului de sex opus, în cele mai diferite moduri : traumatisme mecanice, psihice etc. Se poate întîlni la ambele sexe. Sadicul nu ajunge la orgasm decît sub impresia suferinţei fizice sau psihice provocate partenerului. Mai frecventă la bărbaţi, perversiunea se poate întîlni şi la femei care după excitarea sexuală a bărbatului caută să-l pună în imposibilitatea de a efectua actul sexual, umilindu-l în mod premeditat.

5. Masochismul (algolagmie, algofilie) — (numele îi vine de la Sacher — Masoch Leopold, (1835—1895) scriitor austriac de proză ce excelează în senzaţional şi frivol : „Testamentul lui Cain" etc.) reprezintă un comportament sexual în care plăcerea este obţinută de către o persoană care suportă o suferinţă fizică sau morală.

Persoanele care prezintă acest tip de perversiune cer partenerilor de sex opus să le producă cele mai diverse suferinţe, numai în aceste condiţii obţinînd plăcerea sexuală, orgasmul.

Cele două perversiuni se pot întîlni fie la aceeaşi persoană, fie cîte una diferită, la fiecare din cei doi parteneri, în unele cazuri rolurile inversîndu-se.

6. Exhibiţionismul — reprezintă o tulburare de comportament sexual, constînd în expunerea organelor genitale în faţa unor persoane de sex opus, necunoscute, mai ales în locuri publice ; întîlnit la ambele sexe, este mai frecvent însă la bărbaţi ; trebuie însă diferenţiat acest comportament de : micţiunea persoanelor în stare de ebrietate, cele cu tulburări de scleroză cerebrală, cele cu tulburări de micţiune, de diverse alte cauze care nu ilustrează o lipsă de pudoare.

În unele forme clinice, exhibiţionismul se caracterizează prin intenţia de-a fi văzut şi a şoca asistenţa, de obicei fetiţe, tinere, sau femei adulte. Unii din ei se simt relaxaţi după expunerea organelor genitale, putînd recurge la manevre de autoerotism şi chiar ejaculare.

Mai poate fi întîlnit acest exhibiţionism în : nevroze, psihoze, epilepsie, schizofrenie, demenţă senilă, paralizie generală progresivă, debilitate mintală, manii, alcoolism [119].

7. Voyeur-ismul (scoptofilie) este o tulburare de comportament sexual, caracterizată printr-o stare obsesivă a unor persoane la care plăcerea erotică se obţine prin observarea corpurilor nude, a organelor genitale sau desfăşurarea unui act sexual de către un cuplu. Este mai frecvent la bărbaţi decît la femei.

În multe cazuri acest aspect reprezintă o curiozitate patologică pasageră.

8. Pedofilia (infanto-sexualism, pederoză, efebofilie) — este o deviaţie de comportament sexual care se manifestă prin atracţie erotică faţă de copii. Este mai frecventă la bărbaţi, mai ales la cei în vîrstă.

Scanned with OKEN Scanner

În unele forme clinice, pedofilia se manifestă printr-o atracție erotică față de copii mari, pentru băieți sau pentru fetițe.

Se poate întîlni în demența senilă, la persoanele cu traumatisme craniene, în oligofrenie și schizofrenie.

Manifestările acestea erotice pot merge de la excitații pînă la tentative sexuale de realizare a actului sexual, uneori fiind asociate cu manifestări sadice, exhibiționiste și voyeuriste. La femei, manifestarea cea mai frecventă se întîlnește după vîrsta de 40 de ani și constă în inițierea sexuală a unui băiat sau a unui adolescent. Situații mai frecvente survin în cazul unor meditații, lecții sau pregătiri pentru examene cînd ascendentul moral al meditatoarei poate înfrînge inhibiția adolescentului, impusă de diferența de vîrstă, uneori apreciabilă de cîteva decenii.

9. Fetișismul — reprezintă o perversiune sexuală în care impulsul erotic este îndreptat către obiecte, mai ales vestimentare, ale unei persoane dorite, cunoscute sau necunoscute. Perversiunea este mai frecventă la bărbați.

La femei este ilustrată de necesitatea de a avea un simbol al organului genital, aparținînd unui bărbat cunoscut sau necunoscut.

10. Narcisismul, autoerostie, autosexualism (numele îi vine de la personajul Narcissus din mitologia greacă, descris ca un tînăr de o mare frumusețe care s-a îndrăgostit de propria sa imagine oglindită în apă și care a murit tînjind după acest chip de neatins) este o perversiune constînd din sentimente afective intense, aproape exclusive față de propria persoană.

În acest caz, corpul propriu constituie obiectul sexual, renunțîndu-se la alte practici sexuale. Persoanele care prezintă această perversiune pot ajunge pînă la orgasm prin observarea organelor genitale proprii, situație întîlnită mai frecvent la femei decît la bărbați.

11. Zoofilia (bestio-sexualitatea, sodomia, bestialitatea) — este o perversiune sexuală în care atracția erotică este îndreptată asupra animalelor, putîndu-se întîlni la ambele sexe. S-a constatat mai frecvent la bărbații în contact prelungit cu animalele, lipsiți de posibilitatea unor relații sexuale normale. La femei se prezintă sub forma unei afecțiuni erotice pentru animalele domestice, mai ales cîinii, această perversiune putînd înlocui orice alte forme de activitate sexuală.

La bărbat, perversiunea sexuală este pasageră, suplinind posibilitățile de relații sexuale normale.

12. Gerontofilia, gerontosexualitatea — este o perversiune sexuală întîlnită la adolescenți sau bărbați tineri, care simt o atracție deosebită pentru femei în vîrstă sau chiar bătrîne, uneori în stare de degradare biologică cu care întrețin relații sexuale.

13. Necrofilia — este o perversiune sexuală foarte rară, citată în literatura medico-legală și care constă în practicarea relațiilor sexuale cu cadavre de femei. Indivizii care practică această perversiune sînt degenerați, bolnavi psihic.

14. Azoofilia — este o perversiune constînd din excitație sexuală, erecție sau chiar ejaculare la bărbați și orgasm la femei prin contemplarea unor statui sau unor tablouri reprezentînd nuduri sau scene erotice.

Scanned with OKEN Scanner

Ca formă particulară, se citează „pygmalionismul", caracterizat prin excitație sexuală cu manechine și statui.

15. Transsexualismul — reprezintă o deviație sexuală ilustrată de tulburări privind identitatea sexuală cu discordanță între sexul psihologic și sexul genetic, gonadic, gonoforic, genital-extern, hormonal, pubertar. Acești deviați au sentimentul că aparțin celuilalt sex, au o dorință puternică de a-și schimba sexul anatomic, cu sexul opus, cu care se identifică psihologic, solicitînd chiar intervenții chirurgicale. Bărbații sînt convinși că aparțin sexului feminin, iar femeile că aparțin sexului masculin.

16. Transvestitismul — este o deviație sexuală care se caracterizează printr-o travestire heterosexuală în urma unei dorințe erotice pasagere sau prelungite de-a se îmbrăca sau a se comporta în rolul unei persoane de sex opus. Fără a avea un dubiu asupra identității lor sexuale, persoanele care suferă de această perversiune au numai dorința de a se simți femeie sau bărbat după caz și de a-și juca rolul pe care îl interpretează. În unele cazuri travestirea este parțială, bărbatul purtînd numai anumite veșminte feminine (chiloți, lenjerie etc.). În cazul transvestitismului autosexual, propriul corp îmbrăcat cu veșminte caracteristice celuilalt sex este considerat ca partener sexual.

Scanned with OKEN Scanner

BOLILE TRANSMISE PRIN CONTACT SEXUAL ŞI PROFILAXIA LOR

Pentru profilaxia răspîndirii bolilor transmise prin contact sexual, denumite şi boli venerice, cea mai eficientă metodă o constituie educaţia sexuală bine documentată şi convingătoare. Caracterul esenţial al acestor activităţi educative constă în formarea la cei cărora se adresează, şi în primul rînd la tineri, a unor convingeri bazate pe considerente riguros ştiinţifice, asupra posibilităţilor de îmbolnăvire ce pot interveni prin contacte sexuale întîmplătoare, mai ales cu persoane cunoscute ocazional sau uneori chiar necunoscute.

În cadrul acestei acţiuni educative trebuie arătată importanţa pe care o prezintă aceste boli pentru organismul uman, pentru familie şi pentru societate. Se vor menţiona cu deosebită atenţie cele mai eficiente căi pentru evitarea îmbolnăvirilor, iar în cazul contractării bolii, importanţa indiscutabilă pe care o prezintă un diagnostic precis, instituirea unui tratament precoce şi o supraveghere medicală de specialitate.

Întrucît bolile venerice se transmit nu numai prin contact sexual, se va insista asupra pericolului pe care îl prezintă unele aspecte ale comportamentului sexual, ca, de exemplu, sărutul sau contactul tegumentelor şi mucoaselor cu obiecte contaminate cu microbi (lenjerie, prosoape etc.).

Activitatea educativă va trebui dusă cu toată seriozitatea, evitîndu-se cu grijă aspectele ilariante sau atitudinile moralizatoare, declarative, care pot avea efecte nedorite fie în sensul unei minimalizări a problemelor de cei cărora li se adresează, fie o frică nejustificată, putînd duce pînă la fobii cu implicaţii neplăcute pentru viaţa sexuală normală. În majoritatea cazurilor, aceste boli se transmit prin contact sexual, existînd însă posibilitatea contaminării şi pe cale extragenitală.

Principalele boli transmise prin contact sexual sînt următoarele :

1. Blenoragia sau gonoreea.
2. Sifilisul sau luesul.
3. Unele uretrite negonococice.

Scanned with OKEN Scanner

Cu toate că ultimele au o incidență mai scăzută, trebuie să menționăm că ele pot prezenta un pericol potențial în cazul unor contacte sexuale cu persoane necunoscute. Alături de această grupă de boli venerice, există un număr destul de mare de îmbolnăviri, numite paravenerice, care pot interesa sfera genitală transmițîndu-se prin contact sexual, dar și prin alte modalități, agenții etiologici ai acestor maladii putînd fi întîlniți în mediul înconjurător, de unde pot contamina organismul prin nerespectarea unor norme, uneori de igienă elementară, ca, de exemplu, folosirea WC-urilor, băi publice, folosirea aceluiași prosop de mai multe persoane, utilizarea unor cearceafuri contaminate cu secreții microbiene, sau a unor pijamale purtate de bolnavi și incorect dezinfectate etc.

Dintre maladiile venerice, datorită consecințelor pe care le au asupra individului, familiei, descendenților și asupra stării de sănătate a colectivităților umane, sifilisul și blenoragia sînt cele mai importante.

Din punct de vedere epidemiologic, se poate spune că aceste boli se găsesc răspîndite cu frecvențe variate în toate colectivitățile umane de pe planeta noastră, fiind prezente în toate țările. Numărul cazurilor noi care apar anual pe plan mondial se estimează la peste un milion.

Utilizarea antibioticelor pentru combaterea acestor maladii nu a dus decît la o scădere relativă a frecvenței lor, demonstrînd încă o dată importanța particulară pe care o prezintă aplicarea unor măsuri eficiente de prevenire. Fiind maladii transmise în majoritatea cazurilor prin contact sexual, grupele de vîrstă cele mai expuse contaminării vor fi cele cuprinse între 15—40 de ani, aceste contingente de vîrstă constituind 90% din cazurile de îmbolnăviri.

Sursele de îmbolnăviri sînt foarte variate, mai ales la tinerii și tinerele fără o activitate profesională stabilă, practicînd ceea ce se cheamă „vagabondaj sexual", cu distracții oricînd și oriunde, „certați" cu familia și foarte frecvent cu școala, cu o mentalitate nu rareori infantilă, ignorînd uneori chiar cele mai elementare cunoștințe de igiena sexuală și avînd o aproape totală necunoaștere a pericolului de îmbolnăvire la care se expun. În multe cazuri, atît tinerii cît și tinerele constituie surse „polivalente", întreținînd relații sexuale cu mai multe persoane, la intervale reduse de timp, declanșînd lanțuri epidemiologice de îmbolnăvire, uneori cu zeci de cazuri. Prezintă riscuri mari de îmbolnăvire contactele sexuale sau chiar numai comportamentele sexuale efectuate întîmplător cu persoane cunoscute ocazional, superficial, în parcuri, pe stradă, la baruri sau restaurante, la petreceri, în tren etc. S-a observat, de asemenea, că aceste îmbolnăviri sînt mai frecvente la persoanele celibatare sau divorțate. Consumul de alcool sub forma diverselor sortimente de băuturi, datorită acțiunii toxice a acestora, reduce capacitatea de apreciere a riscului și favorizează unele comportamente anormale. Se apreciază într-un studiu că circa 25% din cei îmbolnăviți consumaseră băuturi alcoolice înaintea contaminării. Absența unor cunoștințe de igienă și educație sexuală constituie, de asemenea, un factor favorizant pentru contractarea unor astfel de îmbolnăviri. S-a observat că un procent important din cei îmbolnăviți era reprezentat de persoane cu un grad de școlarizare redus și cu noțiuni de educație sexuală minime sau absente.

Scanned with OKEN Scanner

Răspîndirea bolilor venerice este favorizată de perioada lungă de contagiozitate a acestora. Astfel, în cazul sifilisului contagiozitatea se poate întinde începînd din prima săptămînă de la contactul infectant, pînă la 2—3 ani, datorită leziunilor deschise situate la nivelul organelor genitale, a buzelor, la nivelul cavității bucale etc.

Blenoragia, de asemenea, are o perioadă lungă de contagiozitate, începînd chiar cu a doua zi după contact și putînd dura cîțiva ani, chiar dacă simptomatologia este uneori foarte redusă.

Dintre parazitozele transmise mai frecvent prin contact sexual menționăm trichomonaza.

Ceea se conferă unei boli caracteristica de veneriană, este transmiterea acesteia prin contact sexual.

Folosind aspectele epidemiologice pentru definirea noțiunii de boală venerică, s-au propus următoarele criterii :

1. maladii transmise pe cale sexuală în majoritatea cazurilor ;
2. maladii ale căror prime simptome se localizează în marea majoritate a cazurilor la nivelul organelor genitale externe.
3. maladii care se întîlnesc cel mai frecvent la grupe de populație cu activitate sexuală maximă (adolescenți și tineri) și dezordonată (extraconjugală).

Ținînd seama de aceste criterii, s-a propus ca pe lîngă bolile venerice menționate să mai fie incluse în grupa acestora trichomonaza, unele uretrite și vaginite „nespecifice" și ftiriaza pubiană [73].

Mai există, de asemenea, unele boli care se transmit deseori prin contact sexual interesînd organele genitale externe, mecanismul acesta de transmitere nefiind însă cel electiv. Se menționează printre acestea : candidoza genitală, vaginita cu b. haemophilus vaginalis, herpesul genital, vegetațiile veneriene și chiar scabia genitală.

Ținînd seama de aspectele menționate s-a propus împărțirea acestor boli în două grupe : 1. boli venerice majore : sifilisul, blenoragia, șancrul moale și limfogranulomatoza inghinală benignă (ultimele două fiind aproape dispărute) ; 2. boli venerice minore sau „venerii minore" : uretritele negonococice, trichomonaza urogenitala, candidoza genitală, infecția cu b. Haemophilus vaginalis, vegetațiile veneriene, herpesul genital, pediculoza pubiană etc.

În ceea ce privește, herpesul genital, transmiterea acestuia pe cale sexuală nu este unanim acceptată, iar o parazitoză cum este scabia genitală prin modalitățile de viață a parazitului depășește aria sexualității [73].

Bolile venerice, după o reducere importantă a morbidității în perioada postbelică, datorită terapiei cu antibiotice și a unor măsuri organizatorice foarte eficiente, în ultimul timp prezintă o recrudescență mai mult sau mai puțin intensă pe plan mondial.

Cauzele acestui fenomen sînt foarte numeroase, printre ele menționîndu-se o supraapreciere a posibilităților mijloacelor terapeutice moderne care au dus la o scurtare nejustificată a perioadei de tratament, o viață mai dezordonată a tinerilor cu absența unor măsuri eficiente de educație sanitară, o diminuare a preocupărilor opiniei publice pentru îmbolnăvirile prin aceste maladii venerice, cărora unele persoane optimiste, le prevăzuseră chiar o eradicare, turismul etc.

Scanned with OKEN Scanner

BLENORAGIA SAU GONOREEA

Este o afecţiune produsă de microbii numiţi gonococi, care la examenul microscopic se prezintă ca nişte boabe de cafea, aşezate perechi. În mod obişnuit, contaminarea este directă prin contact sexual cu o persoană bolnavă. Agentul etiologic al blenoragiei sau gonoreei este Neisseria Gonorrhoeae. Pentru a produce infecţia gonococică, se presupune că gonococii traversează mucoasele vaginale sau bucale printr-un mecanism de fagocitoză din partea celulelor epiteliale [100].

Factorii hormonali intervin de asemenea în manifestările clinice ale infecţiei gonococice.

Unele studii au arătat că 50% din femeile care aveau o inflamaţie pelvină generală gonococică se adresau pentru consultaţii serviciilor medicale în prima săptămînă a ciclului menstrual. Se consideră posibil ca progesteronul să influenţeze înmulţirea gonococilor prin creşterea acidităţii mucusului vaginal, inhibîndu-se astfel dezvoltarea acestor germeni [100].

Faptul că numeroase infecţii ale colului uterin, faringelui şi rectului sînt asimptomatice s-ar datora unei înmulţiri a gonococilor în aceste puncte ale organismului, fără o invadare importantă a ţesuturilor profunde.

Modificările datorită acestor localizări ascunse pot fi ignorate, iar infecţia cervicală localizată poate exista în absenţa unor manifestări dureroase. În acest caz trebuie să se producă şi o invazie tisulară, gonococia generalizată fiind cel mai frecvent o complicaţie a infecţiilor asimptomatice decît a blenoragiei acute [100].

O complicaţie gravă a infecţiei gonococice este inflamaţia pelvină. Ea s-ar putea datora unei extensii retrograde a infecţiei sau transportului gonococilor în trompe de către spermatozoizi (James, A. N. şi col., 1976), [100].

Din punct de vedere clinic, gravitatea infecţiei gonococice se datoreşte procesului de cicatrizare fibroasă care apare în urma inflamaţiei acute a uretrei la bărbat, a trompelor lui Fallope la femeie şi a mucoasei conjunctivale la ambele sexe. Infecţia gonococică a trompelor produce leziuni tisulare care blochează funcţionarea cililor (McGee, Z. A. şi col. 1976), înmulţirea şi dezvoltarea masivă a germenilor în submucoasă producînd o importantă disociere a ţesutului, un efect toxic direct nefiind obligatoriu.

Examinări la microscopul electronic ale puroiului uretral au arătat pe microfotografii existenţa a numeroşi gonococi în interiorul fagocitelor, cei extracelulari fiind relativ rari şi prezentîndu-se sub forma unor ciorchini la suprafaţa celulelor epiteliale.

S-au observat, de asemenea, granulocite înglobînd gonococii printr-un mecanism de fagocitoză de suprafaţă (Ward, M. E. şi col. 1972). Granulocitele îşi varsă granulele în vacuolele în care se găsesc gonococii şi se pot observa în vacuolele vechi, gonococi distruşi. Uneori granulocitele conţinînd un număr mare de gonococi sînt distruse, punîndu-se astfel în libertate germeni cu puterea infectantă păstrată [100].

Scanned with OKEN Scanner

Se apreciază că infecţiile gonococice produc o reacţie imunitară din partea organismului, care însă îi asigură o protecţie redusă, fapt ilustrat de reinfecţiile frecvente.

La bărbat, durata scurtă a perioadei de incubaţie şi apariţia rapidă a simptomelor favorizează, în general, un tratament medical în timp util. Gonococii cantonaţi în uretra anterioară în stadiul iniţial al bolii sînt periodic dar incomplet eliminaţi cu ocazia urinării, defavorizîndu-se astfel un răspuns imunitar din partea organismului.

La femeie, spre deosebire de bărbat, infecţia gonococică este frecvent asimptomatică, astfel că posibilitatea unui răspuns imunitar prin stimularea antigenică este favorizată [100].

Predominanţa infecţiilor asimptomatice la femeie constituie un factor defavorizant în lupta împotriva infecţiei gonococice, aceste bolnave reprezentînd un rezervor de infecţie.

La bărbaţi se constată din ce în ce mai frecvent prezenţa unor uretrite gonococice cu o simptomatologie foarte redusă, încît nedîndu-şi seama că sînt bolnavi aceşti purtători de gonococi contribuie fără ştirea lor la răspîndirea infecţiei.

Studiile privind creşterea frecvenţei infecţiilor gonococice în numeroase ţări occidentale consideră ca responsabili următorii factori :
1. schimbarea mai frecventă a partenerilor sexuali ; 2. mobilitatea mai mare a populaţiei ; 3. rezistenţa în continuă creştere a gonococilor la acţiunea antibioticelor ; 4. utilizarea din ce în ce mai puţin frecventă a prezervativelor şi diafragmelor cu produse spermicide ca metode anticoncepţionale ; 5. recurgerea din ce în ce mai frecventă la produse anticoncepţionale administrate pe cale bucală (fig. 30).

În Suedia, scăderea frecvenţei infecţiei gonococice a fost atribuită intervenţiei a patru factori : 1) creşterea vînzării de prezervative, care de la circa 30 de milioane a ajuns la aproape 50 de milioane pe an ; 2) o creştere foarte sensibilă a raportului femei/bărbaţi diagnosticaţi, raport care tinde către 1,1/1, ilustrînd că depistarea este mai eficace la femei sau că există o creştere reală a numărului de femei infectate ; 3) reducerea eventuală a numărului de parteneri sexuali bolnavi, în tratament în dispensarele antiveneriene ; 4) administrarea ampicilinoterapiei antigonococice pe cale bucală, care probabil favorizează urmarea unui tratament mai corect de către bolnavi [100].

Printre alţi factori susceptibili de a fi influenţat această scădere a frecvenţei infecţiei gonococice, în Suedia, s-a menţionat tendinţa de înlocuire a anticoncepţionalelor administrate pe cale bucală cu dispozitive anticoncepţionale intrauterine, ştiindu-se că anticoncepţionalele bucale măresc sensibilitatea organismului la infecţia gonococică (Weström L. şi col. 1976).

Simptomatologia clinică a infecţiei gonococice este diferită la bărbat şi la femeie, iar unii factori depinzînd fie de organismul uman, fie de agentul patogen pot produce variaţii ale manifestărilor clinice, de la un caz la altul.

a) La bărbaţi, în majoritatea cazurilor, blenoragia se prezintă ca o boală acută şi numai în condiţiile unei îngrijiri incompetente prin autotratare sau în absenţa tratamentului se poate croniciza. Boala începe la

Scanned with OKEN Scanner

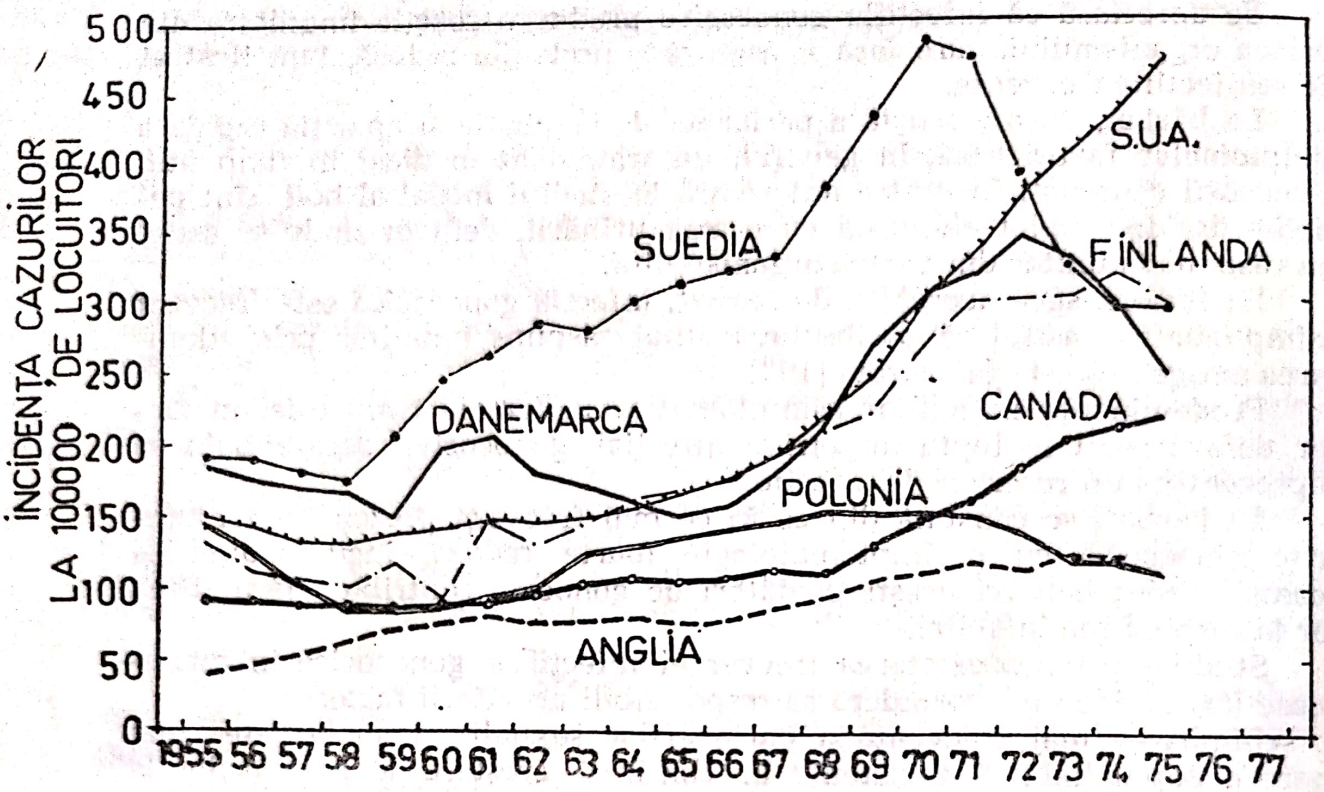

Fig. 30. Frecvența îmbolnăvirilor de blenoragie în perioada 1955—1975 în diverse țări. (Incidența cazurilor la 100 000 de locuitori; între 1955—1969: cazuri semnalate în cursului exercițiului financiar; între 1970—1975: cazuri semnalate în cursul anului calendaristic). (100).

bărbat prin inflamarea uretrei, la circa 3—5 zile limite extreme 1—8 zile după contactul sexual cu o persoană bolnavă cînd apare uretrita gonococică, simptomele locale constînd la început dintr-o jenă la urinare, apoi usturime intensă și apariția unei scurgeri, inițial transparente care ulterior devine purulentă cu o culoare galben-verzuie, murdărind chiloții cu pete.

Ca simptome generale se menționează că blenoragia poate da o stare de oboseală, de slăbiciune generală, antrenînd chiar o depresiune psihică. O întîrziere în adresarea la medic, nerespectarea indicațiilor terapeutice sau întreruperea tratamentului prescris poate favoriza o extindere a infecției la vezica urinară, prostată, epididim, testicul sau chiar la alte organe, precum și la articulații dînd artrită gonococică.

Netratată corespunzător, infecția gonococică poate produce sterilitate prin blocarea căilor de eliminare a spermatozoizilor.

Cea mai importantă manifestare a infecției gonococice este uretrita gonococică. Aceasta se prezintă sub două forme : acută și cronică.

1. *Uretrita gonococică acută* survine la circa 3—5 zile de la contactul sexual cu o persoană infectată. Primele simptome se caracterizează prin senzația de mîncărime, cu inflamația meatului urinar și apariția unei secreții filante limpezi. Ulterior, bolnavul prezintă o senzație de arsură la nivelul uretrei, eliminarea urinei ca și erecțiile fiind dureroase. Apare o secreție purulentă abundentă și continuă.

Această perioadă de debut este urmată de așa-numita „perioadă de stare", cu micțiuni frecvente, dureroase ca și erecțiile, apărînd tulburări de ejaculare și sînge în spermă. Prin uretră se scurge o secreție galbenă-verzuie, uneori cu urme de sînge. Meatul urinar prezintă o culoare roșie, este dureros, inflamat, uneori prezentînd chiar eroziuni. Prepuțul poate fi ademațiat, iar glandul inflamat poate prezenta eroziuni și secreții, caracterizînd ceea ce se cheamă „balanita blenoragică", complicație neobligatorie însă.

Tratată insuficient sau necorespunzător, uretrita gonococică acută se poate croniciza, dînd complicații la distanță.

2. *Uretrita gonococică cronică* poate apare cam după 1—2 luni și se caracterizează prin afectarea de către procesul infecțios și a altor organe, ca: glandele uretrale Littré, Morgagni, Cowper. Secreția uretrală este continuă, dar în cantitate redusă.

Uneori se întîlnește numai o simplă picătură matinală de secreție uretrală. Raporturile sexuale, abuzul de alcool, oboseală, băile calde accentuează secreția. Forma aceasta clinică mai poartă numele și de „uretrită gonococică deschisă". Atunci cînd simptomele menționate sînt absente într-o perioadă de timp, aceasta reprezintă așa-numita „uretrită gonococică închisă". Reapariția simptomatologiei poate surveni prin mobilizarea gonococilor din glandele uretrale sau prostatice, în care aceștia se găseau închistați.

Complicația cea mai frecventă a uretritelor cronice este epididimita. Aceasta are o formă acută, în mod obișnuit fiind unilaterală, simptomatologia de debut caracterizîndu-se prin dureri intense la nivelul epididimului, stare febrilă 39°—40 °C în primele 2—3 zile, inflamarea testiculului și eritem al tegumentelor scrotului. Cauza acesteia poate fi o infecție gonococică veche sau recentă, tratată necorespunzător. Orice bolnav care prezintă această infecție are obligația de a furniza medicului informații privind sursa de infecție, pentru a se asigura un tratament complet partenerei sau partenerului cu care a avut contact sexual.

Se apreciază că riscul unui bărbat de a contracta o infecție gonococică în urma unui singur contact sexual este de 22—35% (Harrison, W. D. și col. 1974).

Faptul că, în majoritatea cazurilor apar uretrite simptomatice nu reduce importanța ce trebuie acordată uretritelor asimptomatice sau ale căror simptome au fost neglijate.

Se apreciază că, în funcție de tratamentul folosit, 1—3% din bărbații care au contractat cel puțin de cinci ori o infecție gonococică, făceau o epididimită bilaterală, în timp ce în unele colectivități umane 65—75% din tratamentele urologice erau pentru stricturi uretrale [100].

Înainte de apariția mijloacelor chimico-terapeutice eficace, infecția gonococică producea o epididimită la 17—30% din bărbați [76].

În regiunile în care antibioterapia antigonococică este obligatorie, complicațiile de tip epididimită erau de 0,7% (Gisslén, H. și col. 1961). De asemenea s-au observat corelații între frecvența cazurilor cu infecție gonococică și stricturi uretrale și sterilitate.

Scanned with OKEN Scanner

La femei, infecţia gonococică are manifestări mai atenuate, de obicei cu caracter cronic, cu focare numeroase, deseori extrauretrale, evoluînd uneori asimptomatic.

Iniţial se produce o inflamaţie a vaginului şi uretrei, care ulterior se poate extinde la restul organelor genitale, uter şi anexe, producînd metrite şi anexite, uneori destul de greu de vindecat. În formele grave inflamaţia interesează şi peritoneul, dînd pelviperitonita. În faza acută a infecţiei, femeia se plînge de arsuri pe uretră, urinări dese şi cu urme de sînge în urină.

La compresiunea pe uretră apare o scurgere purulentă (infecţia gonococică, ca şi la bărbaţi şi la femei poate favoriza sterilitatea).

Infecţia poate afecta numeroase structuri anatomice vaginale, inclusiv colul uterin, uterul sau chiar anexele. În general, simptomele se atenuează foarte rapid după 5—10 zile de la infecţie. Datorită acestor simptome clinice de intensitate redusă, în multe cazuri infecţia gonococică la femeie este ignorată, trecînd neobservată.

Procesul inflamator datorită gonococilor este intensificat în perioadele menstruale, maximum de contagiozitate femeia prezentîndu-l în primele zile după menstruaţie.

S-a afirmat uneori că 80% din femeile cu infecţii gonococice nu prezintă nici un fel de simptome [100]. Un studiu efectuat pe femei, care se adresau unui serviciu medical, a permis izolarea gonococilor la 6% din cele care nu prezentau vreun simptom de îmbolnăvire genito-urinară, la 26% din cele care menţionau scurgeri vaginale anormale, la 29% din cele care prezentau simptome de infecţie urinară, la 30% din cele care aveau menstruaţii anormale şi la 82% din cele care aveau o inflamaţie pelvină sau abces al glandei lui Bartholin. (McCormac, K. şi col., 1976). Părerea că infecţiile gonococice sînt în general asimptomatice la femeie a provenit din datele obţinute de la serviciile antiveneriene, unde cea mai mare parte a bărbaţilor se prezentau pentru uretrite simptomatice acute, în timp ce femeile nu frecventau aceste consultaţii decît în cazul cînd erau menţionate ca partenere ale bărbaţilor bolnavi.

S-a acordat o atenţie exagerată în ultimul timp stării de purtător asimptomatic de infecţie gonococică la femeie, în detrimentul unei morbidităţi reale şi importante prin infecţii genitale simptomatice. Se apreciază că, 50% din femeile cu o infecţie gonococică genitală contractată recent vor face o maladie simptomatică locală sau generală, adesea urmată de sechele grave, ca inflamaţie pelvină şi o infecţie gonococică generală [100].

COMPLICAŢII

Se consideră că cea mai importantă complicaţie a infecţiei gonococice la femeie este inflamaţia pelvină care survine cu ocazia infecţiei generale în timpul primului sau celui de-al doilea ciclu menstrual, care urmează după contaminare.

Scanned with OKEN Scanner

Se apreciază că aceste inflamaţii pelvine se întîlnesc la 9—20% şi chiar peste din femeile care au contractat recent infecţia, procentul cel mai ridicat constatîndu-se cînd posibilităţile de tratament sînt deficitare (Gisslén, H. şi col., 1961 ; Ress, E. ; Annels, E. H., 1969).

După un prim acces, bolnavele pot prezenta recăderi. În cazul inflamaţiilor pelvine acute, acestea se pot clasifica în următoarele grupe :

1. cele datorite numai gonococului ; 2. cele datorite gonocolului, asociat cu alte bacterii ; 3. cele datorite altor bacterii.

Numeroase observaţii permit să se considere că salpingita gonococică este o infecţie ascendentă, care progresează de la nivelul endocolului la trompele lui Fallope şi nu o infecţie pe cale hematogenă [100].

Manifestările clinice ale bacteriemiei gonococice sînt foarte rare la bolnavele cu salpingită gonococică. Studii efectuate pe 100 de femei cu salpingită au dat o hemocultură negativă (Eschenbach, D. A. şi col., 1975).

S-a emis ipoteza că, în infecţiile ascedente spermatozoizii ar putea favoriza aceste afecţiuni prin vehiculare ascendentă a microbilor (James, A. N. şi col., 1976).

Un procent variind între 29—82% din femeile suferind de salpingite prezentau o infecţie gonococică endocervicală concomitentă care putea fi pusă în evidenţă (Rentdorf, R. C. şi col., 1974 ; Sparks, R. A. şi col., 1976).

Numeroase observaţii au arătat că, în etiologia salpingitei acute infecţia gonococică intervine fie direct, fie indirect pregătind dezvoltarea florei vaginale normale.

Unele cercetări menţionează că 89% din cazurile de salpingită erau în legătură de la primul puseu cu o infecţie gonococică (Rentdorf, R. C. şi col., 1974). S-a observat pentru cazurile de salpingită o variaţie sezonieră, fiind mai frecvente vara şi toamna decît iarna şi primăvara.

Unele studii au arătat că 40% din femeile care după un prim acces de salpingită s-au reinfectat cu gonococi, s-au îmbolnăvit din nou de salpingită (Eschenbach, D. A., 1975).

În legătură cu infertilitatea prin obstrurarea trompelor lui Fallope, unele cercetări au pus în evidenţă frecvenţa acesteia la 12,8% din bolnavele avînd un acces de salpingită, la 35% din bolnavele care au avut 2 accese şi la 75% din cele care au avut un număr de, şi peste 3 accese, această sterilitate fiind mai frecventă la cazurile cu salpingită negonococică decît la cele cu salpingită gonococică [132].

La bolnave vindecate de salpingite de diverse etiologii se poate întîlni o pierdere a produsului de concepţie prin sarcină ectopică cu o frecvenţă de la 1/24 de cazuri de sarcină, comparativ cu 1/147 de femei însărcinate, dintr-un grup martor, care nu suferiseră de salpingită [132].

În condiţiile unei asistenţe medicale deficitare se observă infecţii oftalmice datorită gonococului la copiii nou-născuţi. Femeile bolnave, în momentul naşterii pot transmite boala la noul-născut. Infecţia la nivelul ochilor sau oftalmia gonococică poate avea uneori urmări foarte grave, mergînd pînă la orbire. Oftalmia gonococică poate apare şi la persoane adulte, în cazul în care mîinile contaminate cu microbi vin în contact cu mucoasa oculară.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru prevenirea infectării oculare se recomandă ca, după fiecare contact cu obiecte contaminate sau după atingerea organelor genitale bolnave să se folosească spălatul mîinilor cu apă și săpun.

Infecția gonococică generală, care este ilustrată cel mai adesea prin diverse simptome generale, însoțite de leziuni cutanate de origine bacteriemică, în primele stadii și de manifestări localizate, cum sînt colecțiile articulare septice în stadii avansate (Gelfand, S. G. și col., 1975) se întîlnește la circa 3% din bolnavi (Knapp, J. S. și Holmes, K. K., 1975).

Leziunile cutanate, în general neulceroase, se observă mai frecvent la femei decît la bărbați (Siboulet, A. și col., 1974).

În cazuri rare se citează septicemii grave cu endocardită sau meningită.

Riscul apariției unei infecții generale, variază de la o zonă geografică la alta, în funcție de caracteristicile gonococului și de rezistența individuală a persoanei infectate (sarcină, perioada menstruală, infecția faringiană) ; (Chapman, D. R. și col., 1975 ; Watering și col., 1976 ; Schoolnik, G. K. și col., 1976).

INFECȚIA GONOCOCICĂ BUCOFARINGIANĂ ȘI ANORECTALĂ

Se apreciază că infecțiile rectale se întîlnesc la aproape 40% din femeile cu infecție gonococică, ele fiind obișnuite la bărbații homosexuali pasivi.

În legătură cu gonococia faringiană se consideră că aceasta are o evoluție silențioasă la 3/4 din cazuri. Într-un studiu se menționează prezența gonococului la 55 de femei și 45 de bărbați heterosexuali, precum și la 15 homosexuali. În 16 cazuri, singurele simptome erau modificările faringiene, infecția gonococică fiind localizată numai la acest nivel.

Infecțiile bucale s-au semnalat la 7% din bărbații heterosexuali avînd o blenoragie gonococică (Bro-Jorgensen și col., 1973), la 12,5% din femeile infectate (Newnham, W. A. și col., 1975) și la 25% din bărbații homosexuali.

Manifestările clinice ale infecției bucofaringiene sau anorectale sînt uneori foarte intense, însă numai un număr redus din persoanele afectate prezintă simptome suficient de grave pentru a se adresa serviciilor medicale.

Cu toate că riscul de a contracta o infecție buco-faringiană cu un partener, se apreciază la 31% pentru contaminările prin felație — (perversiune constînd din sugerea organelor genitale sau altor regiuni ale corpului bărbatului) și la 14% prin cunilincție (aberație sexuală constînd din satisfacerea erotică obținută prin lingerea organelor genitale feminine), va trebui acordată toată atenția depistării acestei infecții [100].

În general, se consideră că depistarea infecțiilor endocervicale la femei, infecțiile uretrale la bărbații heterosexuali și a infecțiilor anorectale la bărbații homosexuali este mult mai importantă comparativ cu infecțiile bucofaringiene întîlnite la ambele sexe.

Scanned with OKEN Scanner

URETRITA POSTGONOCOCICĂ NEGONOCOCICĂ

Uretrita postgonococică negonococică s-a întîlnit cu o frecvenţă crescută (46%) la persoane bolnave tratate cu penicilină sau ampicilină (Taylor, P. K. şi Seth, A. D., 1975) şi într-un procent mai redus la persoane bolnave tratate cu tetraciclină (Willco, R. R., 1976). Se apreciază că o anumită proporţie din uretritele postgonococice ar putea fi datorate unor iritaţii postinflamatorii [100].

Pentru profilaxia infecţiei gonococice, se recomandă evitarea contactelor sexuale întîmplătoare, cu persoane insuficient cunoscute, precum şi folosirea de obiecte aparţinînd persoanelor bolnave, cum sînt obiecte de lenjerie intimă (chiloţi) sau toaletă (prosoape etc.).

Se va evita, de asemenea, accesul în bazinele de înot aglomerate unde gonococul în cazuri rare poate produce infecţii. Utilizarea WC-urilor murdare poate favoriza infecţia gonococică, mai ales la femei. O atenţie particulară va trebui să se acorde posibilităţilor de îmbolnăvire, mai ales prin intermediul WC-urilor murdare sau contactului fetiţelor cu lenjeria contaminată a unei persoane adulte, la fetiţe boala manifestîndu-se prin inflamaţia vulvei şi secreţie purulentă vaginală (vulvovaginita gonococică infantilă).

La primele semne de boală, este obligatorie prezentarea la medic, pentru indicarea unui tratament competent, adecvat de la caz la caz. E total greşită autotratarea sau tratarea fără avizul medicului spcialist, întrucît în fiecare caz în parte se indică un anumit antibiotic, o anumită doză zilnică şi o durată a tratamentului individualizat, în raport cu particularităţile anatomo-funcţionale ale fiecărei persoane.

Constituie o mare greşeală întreruperea tratamentului indicat de medic, pe motiv că bolnavul se consideră vindecat, favorizîndu-se astfel apariţia uretritelor gonococice cronice. În timpul tratamentului se interzice consumul de băuturi alcoolice, precum şi contactele sexuale. Vindecarea unuia dintre parteneri este insuficientă, trebuind tratate ambele persoane, întrucît prin contact sexual se poate produce o recontaminare.

SIFILISUL SAU LUESUL

Denumirea maladiei ar proveni de la cuvintele greceşti syn (împreună) şi philein (a iubi). Alţi autori menţionează că această denumire se întîlneşte pentru prima oară într-un poem scris de italianul Girolamo Fracastore (1478—1553), intitulat „Syphilis sive morbus gallicus". Termenul de lues provine din limba latină şi înseamnă „plagă".

Microorganismul care produce sifilisul este Spirocheta pallida sau Treponema pallidum, denumită astfel datorită formei sale în spirală şi din cauza posibilităţii slabe de colorare.

Scanned with OKEN Scanner

Are o formă de spirală, cu 5—20 ondulaţii fine, regulate, o grosime de 0,5 microni şi o lungime de 10—30 microni. Posedă cili terminali şi o membrană fină ondulată. Înmulţirea se face prin diviziune transversală, apărînd granule inframicroscopice care pot traversa membranele semipermeabile, făcînd posibilă trecerea prin placentă la făt. Durata unui ciclu de diviziune este de aproximativ 36 de ore, microorganismul fiind strict anaerob. Se poate conserva bine la —4 °C, este distrus rapid sub acţiunea uscării şi căldurii peste 48 °C, iar la peste 40 °C îşi pierde virulenţa [16].

Dezinfectantele îl distrug rapid, săpunul şi alcoolul în cîteva secunde. Pe suprafeţe umede rezistă foarte bine, fapt care favorizează transmiterea indirectă a bolii prin obiecte umede (pahare, sticle etc.).

Transmiterea infecţiei, în mod obişnuit, are loc prin contactul sexual a unei persoane bolnave cu una sănătoasă.

Transmiterea mai poate avea loc prin sărut, muşcătură sau, mai rar, prin utilizarea tacîmului şi a veselei bolnavului, prin folosirea unor obiecte personale (brice de bărbierit, maşini de ras, periuţe de dinţi etc.), prin contactul cu sînge, lapte, lichid spermatic provenite de la persoane bolnave. Microbul poate pătrunde în organism prin cele mai mici soluţii de continuitate ale tegumentului şi mucoaselor, dar şi prin mucoasă bucală intactă.

În timpul sarcinii, microbul poate infecta produsul de concepţie trecînd prin placentă la făt şi producînd astfel sifilisul congenital. Femeia gravidă, bolnavă de sifilis poate avorta spontan, poate naşte copilul mort, sau în cazul în care copilul se naşte viu, el poate prezenta semnele de sifilis congenital (modificări ale oaselor capului, infecţii, ulceraţii cutanate, leziuni oculare etc.).

De la locul pătrunderii în organism, prin intermediul căilor limfatice, în cîteva ore spirochetele ajung în ganglionii regionali.

Primele simptome ale bolii apar la locul de infecţie, după circa o săptămînă, sub forma unei leziuni de dimensiuni reduse, în care se găsesc treponeme şi care frecvent trece neobservată de către bolnav. Datorită înmulţirii în timp a treponemelor, se produce o reacţie din partea organismului, ilustrată prin apariţia după circa 21—25 de zile din momentul infecţiei a şancrului sifilitic sau sifilomului primar, prin care se încheie perioada de incubaţie şi începe perioada primară. Punerea în evidenţă cu ajutorul examenului ultramicroscopic a spirochetelor în serozitatea şancrului constituie elementul cel mai sigur de diagnostic al sifilisului. În unele cazuri, şancrul este absent, bolnavul trecînd direct în perioada secundară, aspect caracteristic pentru aşa-numitul „sifilis decapitat".

În cursul perioadei primare, care durează în medie 40 de zile, se observă o înmulţire rapidă a treponemelor, cu deseminarea lor în căile limfatice şi de acolo în circulaţie. Diseminarea sanguină declanşează producerea de anticorpi, a căror evidenţiere prin reacţiile serologice poate uşura diagnosticul maladiei. Pozitivarea reacţiilor serologice are loc la circa 20 de zile de la apariţia şancrului. Acest fapt permite împărţirea perioadei iniţiale în două etape : una pînă la circa 20 de zile din momen-

Scanned with OKEN Scanner

tul contactului infectant, care este seronegativă şi a doua după circa 40 de zile din momentul inoculării, cînd reacţiile serologice devin pozitive (exemplu : R. Bordet-Wasserman etc.).

Din punct de vedere clinic, sifilisul se consideră o boală infecţioasă cronică, avînd o evoluţie caracterizată prin perioade cu simptomatologie clinică manifestă, întrerupte de perioade de latenţă.

Pe baza simptomatologiei clinice, evoluţia maladiei s-a împărţit în trei perioade : perioada primară, caracterizată prin simptomele clinice la nivelul porţii de pătrundere a microbului, ilustrată de şancru şi adenopatie ; perioada secundară cu erupţii diseminate sau generalizate, datorită septicemiei treponemice şi perioada terţiară, ilustrată de leziuni distructive superficiale sau profunde.

Simptomatologia clinică în cazul sifilisului este datorită reacţiei organismului faţă de prezenţa germenului patogen, faţă de endo şi exotoxinele acestuia.

a) Perioada primară sau sifilisul primar este ilustrată de şancrul de inoculare şi adenopatia satelită, iar uneori limfangită specifică, precum şi simptome generale, ca : astenie, adinamie, cefalee nocturnă etc.

Sifilisul primar, şancrul sifilitic sau şancrul dur se localizează în peste 90% din cazuri la nivelul organelor genitale, după o perioadă de incubaţie de obicei de circa 21—27 de zile putînd varia între 6—90 de zile de la contactul infectant. De obicei, se prezintă ca o eroziune superficială, mai rar ca o ulceraţie, mai mult sau mai puţin profundă, leziunea fiind unică, mai rar multiplă, avînd margini regulate de formă rotundă sau ovalară cu un diametru de 0,5—2 cm. Suprafaţa acesteia este netedă lucioasă, cu o culoare roşie închisă. Sifilomul poate fi situat în regiunea genitală, pe gland, în şanţul balanoprepuţial, pe labiile mari sau mici etc., pe un fond infiltrat, uşor proeminent, dur la palpare. Această zonă infiltrată depăşeşte aproape întotdeauna lipsa de substanţă, realizînd o margine mai ridicată.

Leziunea nu este dureroasă, atît la palpare cît şi spontan, ea putînd deveni sensibilă în caz de suprainfecţie.

Sifilomul primar mai poate fi localizat la nivelul meatului uretral, la nivelul colului uterin sau extragenital. De exemplu, la nivelul extremităţii cefalice, frecvenţa localizărilor ar fi următoarea : frunte 2% ; nas 1% ; obraji 2% ; buze 47% ; amigdale 15% ; gingii 4% [16].

Adenopatia se întîlneşte ca un simptom clinic constant în sifilisul primar, apărînd la 1—2 săptămîni după şancru şi interesînd ganglionii ce colectează limfa din zona sifilomului.

Adenopatia este poliganglionară, dură indoloră, neaderentă, unul din ganglioni fiind mai mare iar ceilalţi mai mici. În unele cazuri această perioadă primară poate evolua neobservată sau poate lipsi datorită următoarelor cauze : sifilomul primar este localizat într-o zonă invizibilă (colul uterin) sau în caz cînd microorganismul a pătruns direct în sînge (transfuzii) sau în condiţiile în care bolnavul a fost tratat cu antibiotice pentru altă maladie, în timp ce se găsea în perioada de incubaţie a sifilisului.

Scanned with OKEN Scanner

Şancrul sifilitic la sfîrşitul perioadei primare regresează spontan, mărind astfel riscul de ignorare a persistenţei infecţiei.

b) Perioada secundară survine după circa 6 săptămîni de la apariţia sifilomului primar şi durează aproximativ 2—3 ani. Ea este datorită septicemiei treponemice, erodarea leziunilor bogate în spirochete mărind gradul de contagiozitate. Manifestările cutanate în perioada secundară se clasifică după cum urmează :

1. **Sifilidele eritematoase,** caracterizînd rozeala sifilitică sub forma unor pete congestive roze, rotunde sau ovale de mărimi diferite, apărînd în izbucniri succesive la nivelul trunchiului şi rădăcina membrelor. Nu produc prurit, sînt nedureroase, dispar la presiune şi reapar imediat după încetarea acesteia. De asemenea, nu au scuame şi nu sînt infiltrate.

2. **Sifilidele papuloase** apar ceva mai tîrziu la circa 3 luni de la infecţie, uneori asociindu-se cu sifilidele eritematoase. Papulele au o culoare la început roşie cu o nuanţă discretă violacee, în timp luînd o culoare arămie. Dimensiunile sînt variabile de la 1 mm pînă la cîţiva cm ; au o evoluţie spre vindecare, fără a lăsa urme ; nu prezintă prurit şi sînt nedureroase. De cele mai multe ori nu sînt leziuni papuloase pure, prezentînd modificări ca, de exemplu, papulo-scuamoase, papulo-cornoase, papulo-erozive, papulo-pustuloase, papulo-hipertrofice mai ales în regiunile genitale etc. Sînt leziuni infiltrate, cu localizări foarte variate, fiind foarte contagioase.

3. **Sifilidele ulceroase** pot apare direct, ca atare sau pot proveni din papulele ulcerate.

4. **Sifilidele pigmentare** apar cam în a 6-a pînă la a 10-a lună de la infecţie, mai frecvent la persoanele cu pielea pigmentată ; simptomele pot fi de tipul leucomelanodermiei realizînd mai ales la gît aşa numitul „colier al Venerei" sau de tipul papulelor pigmentate.

5. **Sifilisul secundar** al fanerelor este ilustrat de o cădere difuză a părului, pielea păroasă a capului avînd aspectul de parcă ar fi mîncată de molii. Căderea aceasta a părului nu produce cicatrice şi este temporară. Unghiile de asemenea pot prezenta modificări privind : îngroşarea, desfăşurarea sau mărirea friabilităţii.

6. **Sifilidele mucoaselor.** Mucoasele mai ales cea bucală şi genitală sînt frecvent afectate în această perioadă prezentînd la început leziuni eritematoase ; iniţial mucoasa îngroşîndu-se ia un aspect de porţelan, ulterior erodîndu-se.

Localizarea leziunilor mai frecvent este pe stîlpii vălului palatin, amigdale, luetă, văl palatin şi mai rar pe limbă, unde apar sub forma unor plăci fără papile.

Leziunile au o formă ovalară cu un diametru de 1—2 cm. În cazul cînd s-au localizat pe laringe, produc răguşeală.

Leziunile nu sînt dureroase şi pot regresa spontan, fără tratament însă recidivează în tot timpul perioadei secundare.

c) Perioada terţiară — sifilisul terţiar survine după 2—20 de ani de la sifilomul primar. Perioada secundară, după un timp de latenţă de circa 3 ani, este urmată de cea terţiară, care durează peste 10—15 ani, fiind caracterizată prin apariţia de leziuni la început infiltrative, apoi distructive, urmate de cicatrice în care nu se produc recidive. Leziunile

Scanned with OKEN Scanner

apar într-o regiune limitată a tegumentelor sau pe un organ sau sistem. La examenul morfopatologic se observă modificări vasculare, cu evoluție spre necrobioză și fenomene de hiperergie. Se pare că nu toți bolnavii care au avut un sifilis primar sau secundar fac și forme terțiare, frecvența acestora fiind de aproximativ 10% comparativ cu celelalte forme ale bolii.

Localizarea leziunilor este diferită, estimîndu-se la nivelul tegumentelor între 25—45% ; la nivelul sistemului nervos și viscere circa 45%, iar la nivelul oaselor și articulațiilor circa 20% [16].

Leziunile terțiare apar în urma reactivării unor focare latente de treponeme, datorită unor factori de agresiune diverși.

Leziunile elementare caracteristice sînt tuberculul și goma, ambele avînd o evoluție rapidă.

1. **Sifilidele tuberculoase** sau **tuberoase** au o culoare roșie arămie, lăsînd o cicatrice suplă chiar dacă s-au ulcerat sau nu.

2. **Goma** se prezintă sub forma unor nodozități avînd mărimi variate, putînd fi superficiale la nivelul tegumentelor sau profunde la nivelul oaselor sau viscerelor. Localizările acestor leziuni sînt mai ales la cap, trunchi, rădăcina membrelor, la nivelul mucoasei bucale, limbii, nasului, la nivelul oaselor mai ales la cele situate în apropierea tegumentelor : tibie, radius, cubitus, claviculă, stern, oasele craniului, unde evoluează foarte lent.

Sifilisul terțiar poate interesa de asemenea țesutul muscular, testiculele, aparatul cardio-vascular, ficatul, aparatul respirator, stomacul și în special sistemul nervos central, măduva spinării și encefalul. În acest ultim caz pot apare boli grave, ca : tabesul, paralizia generală progresivă, sifilisul cerebral.

Sifilisul congenital poate fi precoce, simptomele apărînd imediat după naștere, caracterizîndu-se prin erupții cutanate polimorfe însoțite de modificări la nivelul splinei, ficatului etc. În forma tardivă, boala apare la o vîrstă mai mare a copilului (4—15 ani) sau chiar în perioada adultă și se caracterizează prin prezența gomelor cu localizări diferite, prin leziuni la nivelul ochilor, prin leziuni distrofice la nivelul scheletului, dinților, defavorizînd o bună dezvoltare fizică și intelectuală a bolnavului.

Aspectele menționate arată că sifilisul este o boală generalizată a întregului organism, foarte gravă, cu un caracter cronic.

Unele studii arată că 33% din bolnavii de sifilis netratați mor în urma unor afecțiuni produse de infecția cu Treponeme [73].

Tot în literatură se menționează cazuri de sifilis care s-a vindecat spontan, ca urmare a unor imunizări naturale.

Această boală venerică, pe lîngă acțiunea deosebit de gravă asupra bolnavilor, interesează și descendenții acestora din a 2-a sau chiar a 3-a generație, sifilisul părinților constituind una din cauzele principale ale avortului, morti-natalității și mortalității infantile.

În cazul supraviețuirii, descendenții din părinți sifilitici pot prezenta diverse simptome de sifilis congenital, avînd o dezvoltare fizică și intelectuală anormală, uneori fiind adevărați dependenti sociali. Din aceste considerente, sifilisul poate fi considerat ca un important factor de degradare a potențialului biologic uman.

Scanned with OKEN Scanner

URETRITELE NEGONOCOCICE

Fără a fi considerate boli venerice propriu-zise, atunci cînd se transmit prin contact sexual, sînt foarte apropiate de acestea.

Aceste boli sînt, datorită unor inflamaţii acute sau cronice ale uretrei, produse de diferiţi agenţi patogeni, cu excepţia gonococului.

Uretritele negonococice mai importante sînt :

1. **Uretrita bacteriană**, care apare în urma infectării cu germenii microbieni patogeni foarte diverşi, ca : B. coli, Pseudomonas, Proteus, Streptococi etc. Vindecarea bolii necesită un tratament medical de specialitate.

2. **Uretritele inframicrobiene.** Acestea sînt produse prin contaminarea cu virusuri în cazul contactului sexual cu o persoană bolnavă. Astfel, o uretrită cu virusul herpetic poate apare la 1—2 zile de la contactul sexual. Boala debutează prin senzaţia de arsură în momentul urinării, precum şi secreţia uretrală purulentă, de obicei vîscoasă, care nu conţine microbi.

Bolnavul menţionează prezenţa unor dureri în regiunea inghinală şi la nivelul testiculului, precum şi leziuni herpetice la nivelul mucoasei genitale. Pe mucoasa uretrală se pot întîlni eroziuni limitate, avînd o culoare roşiatică, uneori acoperită cu un depozit de culoare alb-gălbuie.

Uretritele virotice mai pot fi provocate şi de alte virusuri : virusul zonei zoster, virusul varicelei, virusul poliomielitei etc. [130].

3. **Uretrita trichomonazică** se datoreşte infectării organismului cu parazitul Trichomonas vaginalis. În cadrul uretritelor negonococice frecvenţa parazitului în secreţia uretrală la bărbat s-a apreciat ca variind între 4,1—15,3% [130].

În forma acută, boala se caracterizează printr-o secreţie abundentă şi o tumefiere a marginilor meatului urinar ; secreţia are o culoare albăcenuşie sau albicioasă, în mod frecvent limpede, aerată, deseori spumoasă. În formele subacute secreţia este mai redusă dar continuă. În absenţa tratamentului se pot produce complicaţii, ca de exemplu stricturi ale uretrei, balanită, cistite acute, pielite, chiar epididimite etc. De reţinut faptul că, dacă parazitul nu a fost pus în evidenţă la unul din parteneri trebuie trataţi amîndoi, la bărbat existînd deseori forme inaparente cu o simptomatologie foarte redusă sau absentă.

4. **Uretrita candidozică.** Afecţiunea este datorită ciupercii Candida Albicans, boala apărînd după o uretrită gonococică sau mai frecvent negonococică tratată necorespunzător timp îndelungat cu antibiotice. Secreţia uretrală în general redusă are un aspect cremos, pe mucoasa uretrală întîlnindu-se depozite membranoase. Se poate întîlni şi la femei. Pentru diagnostic şi tratament se recomandă un examen medical de specialitate.

Scanned with OKEN Scanner

URETRITELE PRIN INFECȚIE DE VECINĂTATE

Aceste afecțiuni pot apare în diferite stadii de evoluție ale sifilisului și mai ales în cazul unui sifilom la nivelul meatului urinar. Se pot întîlni în afecțiuni ale penisului (condilomatoză), în care este interesată mucoasa meatului urinar, precum și în infecții cronice ale prostatei.

Dintre uretritele nebacteriene și neparazitare, care pot prezenta posibilitatea unei transmiteri pe cale sexuală, se menționează cîteva afecțiuni, și anume :

1. **Uretritele cu chlamidii (pararickettsii).** Acestea sînt produse de germeni situați între virusuri și bacterii, fiind cunoscuți sub numele de chlamidii sau pararickettsii. În cadrul acestora se menționează prezența unor germeni care afectează mucoasa uretrală și conjunctivă oculară, tipul reprezentativ fiind Chlamidozoon oculogenitale.

La bărbat, uretritele cu această etiologie se apreciază că ocupă locul al 3-lea după cea gonoreică și trichomonazică. Frecvența acesteia se estimează între 3—25% din totalul uretritelor amicrobiene [73].

Perioada de incubație este variabilă, în medie de 7—15 zile, dar uneori chiar peste 3 săptămîni. După această perioadă se observă o secreție uretrală moderată, mucoasă, fluidă, mai rar ușor purulentă. În cazurile acute, urina este ușor tulbure și conține filamente. Simptomele subiective pot fi absente sau foarte reduse. Complicația cea mai frecventă este prostatita.

La femeie, durata incubației este aproximativ similară ca la bărbat, leziunile producîndu-se la nivelul uretrei și canalului cervical. Secrețiile sînt în cantități reduse, au un aspect mucos, opalescent, ele provenind din uretră și colul uterin, bolnava neacuzînd nici un alt simptom. Deseori se observă eroziuni ale colului uterin. La femeie se constată mai frecvent o evoluție cronică timp îndelungat.

Se menționează în literatură posibilitatea propagării infecției prin poluarea bazinelor de înot, cu secreții uretrale sau cervico-vaginale. Ca sursă de îmbolnăvire se consideră prezența cervicitei la femei, transmiterea maladiei la bărbat făcîndu-se prin contact sexual. La copiii nounăscuți poate apare conjunctivita cu acești germeni în primele 5—10 zile de viață.

2. **Uretritele cu micoplasme.** Micoplasmele sînt germeni cu o formă variată, de mărimi situate între circa 0,1—20 de milimicroni. Se consideră că ele pot produce inflamații ale uretrei la bărbat și afecțiuni ale organelor genito-urinare la femeie.

URETRITELE ÎNTREȚINUTE PSIHIC

Se întîlnesc la persoane care în antecedente au avut uretrite negonococice sau gonococice și care se adresează medicului menționînd dureri la nivelul uretrei, testiculelor sau în regiunea inghinală. Aceste simptome

Scanned with OKEN Scanner

preocupă în permanenţă bolnavul, motiv pentru care se recomandă un examen medical de specialitate ; în cele mai multe cazuri acesta constată inexistenţa unor inflamaţii ale uretrei. Uneori, în afară de asistenţa acordată de medicul dermato-venerolog sau urolog, este necesar şi prezenţa unui psihiatru.

TRICHOMONAZA UROGENITALĂ

Unele studii o consideră ca cea mai frecventă boală venerică, fiind provocată de protozoarul flagelat, Trichomonas vaginalis.

Agentul patogen este un protozoar din clasa flagelatelor, genul Trichomonas, specia vaginalis. Are o formă ovoidă, cu un diametru de 7—15 microni şi o lungime de 10—30 microni. Este prevăzut cu 3—5 flageli, ale căror mişcări împreună cu cele ale membranei ondulante asigură parazitului deplasarea.

Dezvoltarea parazitului este optimă la o temperatură de 36°—37 °C, reproducerea acestuia observîndu-se şi la temperaturi de 25°—41 °C.

Prezintă o rezistenţă scăzută la căldură, fiind distrus la 50 °C în cîteva minute. La temperaturi reduse, între +4° şi +10 °C, poate rezista 3 zile. Pe culturi pure s-a observat o dezvoltare maximă la un *p*H între 5,5—6, constatîndu-se stoparea creşterii sub 5 şi peste 7,5.

Simptomatologia clinică. După o perioadă de incubaţie variabilă, estimată în medie la 7—10 zile, apar primele simptome clinice, vaginita şi uretrita la femeie, uretrita şi inflamaţia mucoasei glandului la bărbat. La ambele sexe parazitoza se limitează la organele urogenitale, vaginul prezentînd condiţiile cele mai favorabile de dezvoltare datorită caracteristicilor sale anatomo-funcţionale care permit stagnarea secreţiilor, bogăţia în glicogen a mucoasei, *p*H-ul acid datorit florei microbiene vaginale, în special b.haemophilus vaginalis.

La bărbat, localizarea electivă a parazitului este la nivelul uretrei, în majoritatea cazurilor fiind asimptomatică.

Îmbolnăvirea este favorizată de posibilitatea transmiterii parazitului de către un bărbat sănătos de la o femeie bolnavă la alta sănătoasă, sau reinfestarea unei partenere sexuale după ce aceasta s-a vindecat printr-un tratament adecvat. Din acest motiv se impune tratarea ambilor parteneri sexuali.

După unele date, parazitarea bărbatului ar fi cauza a 10—15% din uretrite, confundate uneori cu cele gonococice, mai ales în formele acute şi subacute.

Simptomele clinice în forma subacută se caracterizează printr-o senzaţie de jenă în timpul micţiunii, iar secreţia uretrală are un aspect mucopurulent, albicioasă, primele cantităţi de urină fiind uşor tulburi şi cu filamente.

Scanned with OKEN Scanner

Unii autori menționează prezența sa între 15—73% din cazuri, în secreția prostatică la bolnavii cu uretrite negonococice subacute, fiind absent în secreția uretrală. Alții citează prezența parazitului la 40% din bărbați aparent sănătoși care întreteneau legături cu femei care aveau o vaginită trichomonazică. În spermă se menționează existența parazitului la 28—35% din cazurile cu uretrită negonococică [73].

În unele cazuri prezența parazitului în secreția șanțului balano-prepuțial poate produce eroziuni sau chiar ulcerații (balanită).

Se consideră că, netratată, parazitoza poate permite pătrunderea parazitului în epididim și veziculele seminale.

Cea mai frecventă complicație este prostatita, cu o simptomatologie caracterizată printr-o senzație neplăcută în regiunea perineală, disurie și tenesme.

La femeie, localizarea cea mai frecventă a parazitului este în vagin, fiind favorizată de anumite condiții, ca : perturbări în funcționarea sistemului hipofizo-ovarian, antrenînd o scădere a secreției de estrogeni sau o reducere a sensibilității receptorilor vaginali la acțiunea estrogenilor. Existența unui *p*H de 5—6, precum și a unei flore microbiene favorizante, ca, de exemplu, b.haemophilus vaginalis permite o bună dezvoltare a parazitului. Prezența unor ciuperci, ca, de exemplu : candida albicans sau altele, prezența virusului vegetațiilor veneriene pot coexista cu infestarea cu trichomonas.

Vaginita cu trichomonas se caracterizează printr-o secreție gălbuie sau ușor verzuie, abundentă, spumoasă, acrată, cu un miros neplăcut de mucegai, cu prurit la nivelul organelor genitale externe, senzația de usturime și dureri în timpul contactului sexual. Se observă o hiperemie a mucoasei vaginale, uneori cu sîngerări și mici eroziuni. În formele cronice, simptomele sînt mult reduse, constatîndu-se numai secreție și prurit discret. Labiile, precum și vestibulul vaginal pot fi interesate în formele acute sau subacute, observîndu-se eroziuni simple sau papule erodate.

Bartholinita datorită parazitului nu este unanim acceptată, deși s-a pus în evidență parazitul în canalele excretorii ale glandei. Frecvența uretritei trichomonazice, în funcție de autori, se situează între 4—80% din cazurile cu vaginită trichomonazică.

Ulcerația colului uterin și leziuni de endocervicită s-au semnalat la 6—10% din cazurile cu vaginită trichomonazică.

Morbiditatea prin trichomonază este dificilă de stabilit, avînd în vedere evoluția asimptomatică la bărbat și deseori și la femeie. Se pare că morbiditatea cea mai ridicată la femei se întîlnește la grupa de vîrstă între 20—40 de ani.

Studii efectuate la bărbați avînd uretrite negonococice, menționează prezența parazitului în proporție de la 3,4—80,6%.

Pentru profilaxia acestei parazitoze se va acorda o atenție deosebită existenței parazitului ca saprofit, la bărbații practic sănătoși, care pot transmite însă boala prin contact sexual.

Transmiterea parazitului, pe alte căi decît cea sexuală este dificilă, întrucît acesta nu prezintă forme de rezistență deosebită, supraviețuind puțin timp în afara organismului.

Scanned with OKEN Scanner

Astfel, în apă supraviețuirea se estimează între 5 minute—8 ore ; în urină 3 ore ; pe obiectele de toaletă 1—3 ore ; în spermă 6 ore ; în ser fiziologic 4—24 ore, în funcție de temperatură [73]. Parazitul este puțin rezistent la temperatură scăzută și la uscăciune. În aceste condiții, posibilitatea de transmitere pe cale extrasexuală este foarte redusă la femei și la fetițe, iar la bărbat practic imposibil.

CANDIDOZA GENITALĂ

În ultimele decenii se constată o creștere progresivă a infecției cu ciuperci, levuliforme din genul Candida. Printre cauzele care au favorizat această morbiditate se menționează abuzul de antibiotice, precum și a unor chimioterapice : sulfamide, corticosteroizi, ACTH, foliculină, progesteron etc., care au tulburat echilibrul microbian din organism.

Antibioticele stimulează dezvoltarea ciupercilor, favorizată și de carența vitaminică produsă prin distrugerea florei microbiene intestinale, care sintetizează vitamine mai ales din grupa B.

Tot factori favorizanți se consideră unele afecțiuni, ca : diabetul zaharat și disfuncțiile endocrine ale ovarului, suprarenalei și hipofizei, manifestate printr-o creștere a secreției de hormoni sexuali. Graviditatea, de asemenea, este considerată ca un factor favorizant.

La bărbat, candidoza genitală are o frecvență mai redusă, simptomele manifestîndu-se sub forma unei infecții concomitente a glandului și prepuțului (balano-postită). În forma acută apar vezicule mici, ca o gămălie de ac, iar în forma cronică se constată placarde eritematoase netede, în unele cazuri fiind acoperite cu scuame.

Simptomele uretritei candidozice, mai frecvent, constau din durere și senzație de arsură în momentul urinării, precum și o secreție uretrală redusă.

La femeie boala se manifestă ca o vulvovaginită, cu o congestie a mucoaselor, edem labial, senzație de prurit și usturime. Se observă o secreție albă cenușie de o consistență vîscoasă, chiar sub formă de grunji, care permite stagnarea în plicile mucoasei vaginale sau chiar la nivelul colului. Prezența unor fisuri ale mucoasei poate produce dureri în timpul contactului sexual. Frecvent, candidoza se asociază cu trichomonaza.

INFECȚIA CU BACILUL HAEMOPHILUS VAGINALIS

Acest germen a fost considerat ca agent etiologic al unor uretrite și prostatite la bărbat și vaginite și endocervicite la femeie.

Germenul a fost găsit la bolnavele cu așa-numita „vaginită nespecifică", susținîndu-se transmiterea sa prin contact sexual. Simptomatologia

Scanned with OKEN Scanner

clinică se manifestă prin secreţii în cantitate moderată de culoare albăcenuşie cu miros neplăcut, prurit şi mai rar usturime. În majoritatea cazurilor, bolnavele nu menţionează decît o uşoară mărire a unei leucorei existente anterior, alte simptome obiective sau subiective fiind absente.

VEGETAŢIILE VENERIENE

Numită şi condiloame acuminate, se prezintă ca nişte profilerări pediculate cu suprafaţa lobulată (papiloame). S-a demonstrat că aceste vegetaţii venieriene sînt datorite unui virus filtrabil, care se consideră a fi identic cu cel al verucilor.

Vegetaţiile venieriene constituie o boală infecţioasă datorită unui virus epidermotrop, numeroşi autori susţinînd ca principală cale de transmitere a vegetaţiilor cea sexuală, încadrînd această boală în grupa bolilor venerice. Deşi transmiterea pe această cale constituie modalitatea cea mai obişnuită, ea nu este însă obligatorie, întîlnindu-se cazuri şi la copii.

La bărbat, leziunile se situează la nivelul şanţului balano-prepuţial, glandului, frenului prepuţului, marginii meatului şi mai rar chiar la nivelul meatului, regiunea anală etc.

La femeie, sediul leziunilor este mai frecvent în labiile mari şi mici, meat urinar, orificiul vaginal şi pereţii vaginului, regiunea anală etc.

Lipsa măsurilor de igienă personală, prezenţa leucoreei, existenţa unor infecţii, care pot realiza soluţii de continuitate la nivelul mucoaselor şi tegumentelor, favorizează apariţia vegetaţiilor. Forma şi dimensiunile acestora sînt foarte variate, putînd fii conopidiforme, grupate sau izolate etc. O caracteristică importantă este aceea că toate sînt pediculate, avînd o culoare roz sau roşie cu diverse nuanţe, o structură moale, friabilă, uneori sîngerînd uşor.

Incubaţia este variabilă, în medie de 4 luni cu limite între 1—8 luni. Netratate după 20—40 de zile pot începe să se macereze, prin descompunere producîndu-se un miros dezagreabil şi dureri [73].

FTIRIAZA PUBIANĂ

Ftiriaza sau pediculoza pubiană se caracterizează prin leziuni cutanate situate în regiunea genitală, datorită infestării cu parazitul numit PHTIRIUS PUBIS, PHTIRIUS INGUINALIS, PEDICULUS INGUINALIS, morpion sau păduche lat.

Scanned with OKEN Scanner

Parazitul face parte din clasa insectelor, familia PEDICULIDAE.

Acestea sînt insecte parazite fără aripi, avînd un aparat bucal specializat pentru înțepat și supt. Prezintă două perechi de glande salivare, sînt hematofage și înțepătura lor produce prurit.

Parazit hematofag, păduchele lat suge sîngele de 3—4 ori pe zi, adultul trăind 5—8 săptămîni. Înmulțirea parazitului se face continuu, fără întrerupere, indiferent de anotimp ; femela are o lungime de 1,5 mm, iar masculul 1 mm.

Parazitul are o culoare galben-cenușie murdară, are o formă lățită, diametrul transversal fiind aproape egal cu cel longitudinal. Corpul este legat de torace printr-o depresiune ; abdomenul este format din 5 inele, iar pe torace se prind cele 3 perechi de membre terminate cu ghiare puternice cu care se fixează de firul de păr, la baza acestuia. După ce-și introduce capul în foliculul pilos, parazitul rămîne imobil. Avînd ca habitat preferențial regiunea pubiană, poate parazita orice regiune păroasă.

Femela este ovipară, depunînd ouă (lindeni) pe care le fixează la baza firului de păr. Noua generație de paraziți este capabilă de reproducere la aproximativ 15 zile de la apariție.

Infestarea directă survine cel mai frecvent în timpul contactului sexual ; infestarea indirectă se poate produce prin intermediul cearceafurilor, ramei WC-ului etc. Simptomul cel mai supărător pentru persoana parazitată este pruritul intens, mai ales în timpul nopții. Parazitoza se caracterizează prin prezența la nivelul tegumentelor a unor papule mici roze, datorită înțepăturilor, precum și niște pete roșietice cianotice datorită acțiunii secreției salivare a parazitului, asupra tegumentelor. Uneori pot apare chiar adenite dureroase. Leziunile menționate se întîlnesc în regiunea pubiană, inghinală, hipogastru și fața internă a coapselor ; rar parazitul se poate localiza la distanță pe torace, în axile, barbă, sprîncene și gene. Ca tratament, se recomandă unguente pe bază de mercur sau insecticide.

MĂSURI DE PROFILAXIE A BOLILOR VENERICE

Afirmația, arhicunoscută, că este mai ușor a preveni decît a trata, se aplică și în cazul bolilor venerice. În domeniul acestora s-au propus numeroase și variate procedee și măsuri pentru reducerea riscului contractării unor maladii venerice. Unele din aceste măsuri au o importanță mai mare, altele mai redusă, unele se aplică înainte, iar altele după contactul sexual.

Aceste măsuri vizează posibilitățile de transmitere directă pe cale sexuală sau transmiterea indirectă prin diferite obiecte contaminate sau

Scanned with OKEN Scanner

transmiterea directă pe cale extragenitală nesexuală, ca, de exemplu, transplacentar de la mamă la făt, sau cu ocazia examinării unui bolnav etc.

Măsurile de prevenire se bazează pe rezistența redusă a agenților patogeni ai bolilor venerice în anumite condiții de mediu. Astfel, Treponema, gonococul și Trichomonasul nu rezistă la uscăciune.

Agenții etiologici ai bolilor venerice (Treponema și gonococul) pot fi distruși rapid în cîteva minute de dezinfectante banale, cum ar fi soluția de săpun.

Sublimatul corosiv 1/1 000, oxicianura de mercur 1/5 000, precum și alte dezinfectante îi distrug, de asemenea, rapid.

Ținînd seama de aceste aspecte, s-au recomandat diverse măsuri individuale de prevenire a infectării :

1. Utilizarea de către bărbat a unui prezervativ care să împiedice contactul direct cu mucoasa genitală a femeii ;

2. Ungerea organului genital înaintea contactului sexual cu o substanță lubrefiantă, pelicula formată la suprafața mucoaselor realizînd o relativă izolare, în plus defavorizînd apariția de eroziuni sau fisuri care ar putea mări riscul de contaminare, mai ales în cazul sifilisului.

3. Urinarea și spălarea atentă cu apă și săpun a organelor genitale externe după contactul sexual.

4. După spălare și uscare se poate aplica o pomadă antiseptică.

5. După contact sexual și spălare se poate șterge suprafața glandului și a prepuțului cu un mic tampon îmbibat în soluție de sublimat sau oxicianură de mercur și chiar picurarea în meatul urinar a acestor soluții.

Măsurile de mai sus se recomandă și la femei, care în plus vor face și o spălătură vaginală după curățirea cu apă și săpun a regiunii genitale externe. La ambele sexe, se recomandă ca imediat după contactul sexual să urineze și apoi să utilizeze unul sau mai multe din procedeele menționate anterior.

Trebuie reținut că, eficiența acestor proceduri este maximă în primele 15—30 minute de la contactul sexual.

În timp eficiența scade, iar în cazul că din momentul contactului sexual au trecut 4—5 ore, la bărbat se recomandă o spălătură uretrală cu permanganat de potasiu sau oxicianură de mercur (concentrații de 1/6 000 la ambele), limitată numai la porțiunea anterioară a uretrei.

În aceleași condiții, la femeie se recomandă badijonarea uretrei și canalului cervical cu protargol soluție 5—10% în glicerină, iar în vagin înaintea colului uterin se va introduce un tampon îmbibat în această soluție, care se va lăsa 1—2 ore [73].

6. Utilizarea în unitățile de alimentație publică de tacîmuri și pahare uscate, iar în hoteluri, băi publice, ștranduri etc., folosirea numai de prosoape sau cearceafuri uscate, în secrețiile genitale sau în saliva cu care eventual au venit în contact aceste obiecte, majoritatea agenților patogeni ai bolilor venerice nu rezistă, fiind distruși după uscare.

Scanned with OKEN Scanner

IGIENA INDIVIDUALĂ

În cadrul igienei sexuale, igiena individuală constituie unul din elementele de bază a cărui ignorare poate avea implicații defavorabile în realizarea apropierii heterosexuale a partenerilor, o bună igienă a tegumentelor, a cavității bucale, a fanerelor etc., putînd aduce o contribuție importantă la armonia sexuală a cuplului conjugal.

O importanță particulară pentru igiena sexuală o prezintă, de asemenea, ținuta fizică, una din caracteristicile cele mai personale ale fiecărui om, femeie sau bărbat, tînăr, adult sau bătrîn. O atentă supraveghere a acesteia poate favoriza însușirea unei poziții corecte atît în timpul mersului, cît și în repaus, în poziția ortostatică sau așezat. Pentru a se ușura deprinderea unei ținute corecte, neforțate, degajate, naturale și estetice, este necesară supravegherea și corectarea acesteia atît în perioada preșcolară cît și în cea școlară. La realizarea acestui deziderat trebuie să participe deopotrivă familia și în primul rînd părinții, educatorii, profesorii. Pentru profilaxia devierilor de postură, o ținută corectă în bancă, în clasă, este tot atît de necesară ca și în mediul familiar în condițiile pregătirii lecțiilor acasă, cît și în alte împrejurări în care copiii sau tinerii se găsesc în afara școlii.

Se admiră deseori „ținuta elegantă" a unei persoane, femeie sau bărbat. Noțiunea aceasta foarte bogată în conținut se referă atît la îmbrăcămintea făcută cu gust, la armonia formelor și culorilor, cît și la ținuta fizică a celui care o poartă. Ea are un rol incontestabil în igiena sexuală în favorizarea sau defavorizarea apropierii între persoane, în cadrul interrelațiilor umane din mediul social în care trăim și muncim.

Lipsa curățeniei corporale favorizează apariția afecțiunilor cutanate, cu o etiologie atît microbiană cît și parazitară, cu implicații deosebite pentru igiena sexuală.

Menționăm printre afecțiunile microbiene stafilococii și streptococii tegumentare foarte contagioase, în colectivitățile de copii și adolescenți. Prezența purecilor, mai ales în veșminte, se întîlnește frecvent în cazurile lipsei de curățenie, în special în timpul perioadelor calde. Datorită ciuper-

Scanned with OKEN Scanner

cilor pot fi favorizate dermatomicozele, cu localizări diferite, ca, de exemplu, regiunea axilară, pliuri cutanate, organe genitale etc. Numeroase maladii contagioase sînt transmise datorită mîinilor murdare : febra tifoidă, paratifoidă, dizenteria, holera, hepatita etc. Infestările cu diverşi paraziţi intestinali sînt favorizate la copiii care îşi sug degetele precum şi prin consumul alimentelor cu mîinile murdare.

Scabia. Printre parazitozele datorite unui contact interuman intim se numără şi scabia, dermatoză parazitară produsă de acarianul Sarcoptes scabiei. Dimensiunile acestuia sînt de : 330—350 microni la femelă şi 200—220 microni la mascul. Parazitul femelă face galerii în grosimea stratului cornos al epidermei, unde îşi depune ouăle. Larvele eclozează şi ies din galerii după 8 zile, devenind adulte după 2 metamorfoze. Durata unui ciclu complet este de aproximativ 28 de zile. În mediul extern parazitul rezistă pînă la 3 zile în aer liber şi 10 zile în rufele cu care a venit în contact.

Parazitoza este răspîndită pe toate meridianele globului, transmiterea făcîndu-se direct prin contact interuman şi indirect prin lenjeria de pat cu care a venit în contact o persoană parazitată sau prin rufărie şi haine aparţinînd unei persoane bolnave.

Parazitul pătrunde în piele localizîndu-se pe feţele laterale ale degetelor, faţa anterioară a pumnului, faţa posterioară a cotului, axile, regiunea periombilicală, mamele, fese, faţa internă a coapselor, penis, scrot etc. Parazitul nu se fixează pe pielea feţei capului, gîtului şi spatelui.

Timpul de apariţie a scabiei se apreciază în medie la circa 10—12 zile de la contactul tegumentelor cu parazitul cu variaţii destul de mari de la 3 zile vara pînă la 5 săptămîni iarna.

Primul simptom este pruritul care se intensifică în timpul nopţii.

Leziunile caracteristice sînt : şanţul scabios şi vezicula perlată.

Şanţul scabios ilustrează galeria făcută de parazitul femelă şi poate fi mai bine evidenţiat prin badijonarea leziunilor suspecte cu alcool iodat sau tinctura de iod. Şanţul se termină cu o mică ridicătură numită eminenţă acariană unde se găseşte parazitul. Lungimea galeriilor săpate de femele în epiderm variază între 5—20 mm.

Veziculele perlate apar în urma edemului în stratul lui Malpighi, ca o consecinţă a contactului ţesutului cutanat cu saliva iritantă a parazitului. Cu o formă emisferică şi un conţinut translucid veziculele se întîlnesc mai ales la degete şi faţa cubitală a mîinilor.

Datorită gratajului pentru diminuarea senzaţiei de prurit se produc frecvent suprainfestări, escoriaţii liniare sau punctiforme.

În afară de leziunile caracteristice se pot întîlni leziuni veziculopapuloase, uneori acoperite cu cruste.

Diagnosticul clinic se bazează pe simptomele descrise anterior, cel de laborator prin punerea în evidenţă a parazitului femelă extras din eminenţa acariană iar cel epidemiologic prin existenţa unor persoane cu scabie în colectivitatea respectivă.

Perioada de contagiozitate durează pînă la vindecarea completă, receptivitatea fiind generală iar imunitatea inexistentă.

Profilaxia constă în depistarea şi tratarea tuturor cazurilor din familie sau colectivitate.

Scanned with OKEN Scanner

Toate persoanele care au venit în contact cu bolnavul sau au dormit cu acesta fie că le-au apărut sau nu leziuni vor fi supuse tratamentului.

Rufăria de pat și îmbrăcămintea se vor fierbe și călca cu fier încins, rufăria fiind bine umezită. De asemenea, rufăria poate fi tratată cu insecticide remanente (lindan).

Un rol important profilactic îl are păstrarea unei bune igiene individuale și evitarea contactului cu persoane parazitate.

Pentru tratament se recomandă băi calde cu săpun, după care se aplică soluții și pomezi pe bază de sulf, sau care conțin insecticide remanente ca izomerul gama al hexaclorciclohexanului (lindan).

La copii în special sub trei ani se poate folosi un unguent cu benzoat de benzil 25 g, vaselină 75 g.

Pediculoza. În condiții de grave deficiențe de igienă personală datorită unui contact interuman, se poate întîlni infestarea cu paraziți hematofagi, din familia pediculidae.

Se menționează pediculoza capului, produsă de PEDICULUS CAPITIS care trăiește mai frecvent în părul capului și mai ales în sprîncene, sau barbă. Înțeparea tegumentelor produce un prurit intens și erupții polimorfe. Prin grataj se favorizează suprainfectarea cu germeni microbieni și apariția de diverse leziuni ale pielii capului.

Pediculoza corpului este produsă de PEDICULUS CORPORIS sau VESTIMENTI care trăiește în cutele și cusăturile rufăriei de corp și a hainelor, pe piele apărînd numai în momentul cînd se hrănește. În afară de iritarea tegumentelor datorită înțepăturilor, parazitul poate transmite unele maladii, cum sînt : tifosul exantematic, febra de tranșee și febra recurentă.

Parazitul este foarte lacom, înțepăturile se observă mai ales seara, pe locul acestora apărînd o papulă pruriginoasă. Gratajul lasă urme care se observă mai ales în regiunea abdominală, pe fața anteroexternă a coapselor și la umeri. Deseori, pediculoza corpului se complică cu infecții tegumentare (piodermite, furunculoze).

IGIENA TEGUMENTELOR

Pentru o bună igienă cutanată, se recomandă efectuarea zilnică de dușuri sau băi. În plus, pe lîngă curățenia tegumentelor, dușurile, mai ales cele alternative, calde și reci, stimulează organismul. Baia nu trebuie să fie foarte caldă ; să nu depășească 36 °C. Pentru a se evita orice fel de accidente congestive, baia nu se va face în timpul digestiei, adică în cele două ore care urmează după masă. Tegumentele feței se vor spăla cu apă și săpun. La copii și tineri, mai ales cînd au o sensibilitate mai crescută la acțiunea săpunurilor obișnuite, se vor utiliza săpunuri moi sau neutre. Mîinile se vor spăla de mai multe ori pe zi, înainte de a consuma orice fel de produse alimentare, precum și după utilizarea WC-ului. Uscarea se va face cu un prosop absorbant din bumbac, din hîrtie, sau cu un jet de aer cald, produs de către instalațiile aeroterme de diverse tipuri.

Scanned with OKEN Scanner

Tegumentele membrelor inferioare se vor spăla în fiecare seară, mai ales că unele persoane în perioadele calde ale anului degajă un miros dezagreabil şi permanent, constituind un important factor de disconfort olfactiv, aşa-numita „bromhidroză". Cauza acestor mirosuri dezagreabile o constituie transpiraţia intensă a tegumentelor (hiperhidroză). Alături de acţiunea căldurii, un rol esenţial, în special, în hiperhidroză plantară îl prezintă stările emotive, mai ales în perioadele de instabilitate hormonală şi neurovegetativă, de la pubertate şi adolescenţă. Sudoarea este relativ inodoră, însă macerarea epidermei acoperită de ciorap favorizează dezvoltarea bacteriană şi degajarea de mirosuri dezagreabile prin descompunerea materiilor organice, un rol dominant avînd proteusul care este un germen proteolitic.

Cîteodată pe aceste tegumente se fixează ciuperci, dînd afecţiunile numite dermatomicoze, uneori foarte rebele la tratament.

Ca măsuri de profilaxie se recomandă (Chapuis, [36]) : 1) mersul cu picioarele goale sau cel puţin cu sandale care lasă degetele libere ; 2) utilizarea mai multor perechi de pantofi, pentru a se permite periodic uscarea acestora după ce au fost stropiţi în interior cu o jumătate de lingură dintr-o soluţie de formol 40%, din comerţ ; 3) schimbarea ciorapilor o dată sau de două ori pe zi ; 4) spălarea cu săpun a picioarelor dimineaţa şi seara ; 5) baie cotidiană a picioarelor cu soluţie de 1 : 10 000 de $KMnO_4$; 6) badijonarea locală de două ori pe săptămînă cu formol, 10 părţi la 100, cu ajutorul unei pense fără a se atinge tegumentele dosului piciorului (planta fiind intactă nefisurată) ; 7) utilizarea Cl_3Al, care poate diminua hiperhidroza pentru un timp limitat.

Suprafaţa cutanată asigură contactul dintre organismul uman şi mediul ambiant. Pielea are numeroase funcţiuni, cu implicaţii deosebit de importante pentru igiena sexuală. Ea constituie un ecran protector al organismului faţă de acţiunea nocivă a diverşilor factori mecanici, chimici, fizici şi biologici. Pielea are importante funcţiuni biologice, atît ca organ de secreţie cît şi de excreţie. Ea permite, de asemenea, reţinerea şi depozitarea apei, sărurilor etc. iar în mai mică măsură intervine şi în schimburile gazoase. Numeroasele terminaţii nervoase care se găsesc în structura pielii permit înregistrarea informaţiilor din mediul ambiant, informaţii care fie că sînt transmise la creier prin diferitele căi nervoase, fie că produc reacţii reflexe.

Acest rol de organ senzorial al suprafeţei cutanate este deosebit de important pentru dinamica sexuală atît a femeii cît şi a bărbatului.

Prin intermediul modificărilor circulaţiei sîngelui la nivelul tegumentelor se asigură menţinerea echilibrului termic şi o bună funcţionare a metabolismului. Pentru menţinerea homeotermiei, în cele mai diferite condiţii de mediu, pielea poate favoriza sau defavoriza pierderile de căldură ale organismului. Pielea are de asemenea un rol important în absorbţia unor substanţe şi în metabolizarea acestora.

Numeroasele funcţiuni ale pielii formează un sistem complicat de interacţiuni, a cărui reglare se efectuează prin intervenţia mai ales a unor factori neuro-vegetativi şi hormonali.

Suprafaţa cutanată are capacitatea de a se apăra activ împotriva pătrunderii în interiorul acesteia a unor elemente nocive, vii sau inerte.

Scanned with OKEN Scanner

Rolul important de apărare împotriva agresiunii microbiene pe care îl are pielea este datorit efectului de barieră mecanică și reacției ușor acide a stratului hidrolipidic care favorizează distrugerea agenților microbieni. În urma evaporării sudorii pe suprafața cutanată rămîn diverși cataboliți, precum și clorura de sodiu, iar sebumul favorizează reținerea prafului și microorganismelor.

După unele aprecieri, pe suprafața tegumentelor unei persoane adulte sănătoase se găsesc aproximativ 550 de milioane de germeni. În unele zone în care numărul germenilor pe cm^2 de suprafață cutanată poate depăși cîteva zeci de mii (regiuni bogate în secreția sebumului și cu un *p*H ușor alcalin), datorită descompunerii substanțelor organice de pe suprafața tegumentelor de către flora bacteriană apar o serie de compuși cu mirosuri dezagreabile.

Cu toată predominanța germenilor saprofiți, pe suprafața tegumentelor se pot întîlni și numeroși germeni patogeni.

Testarea acțiunii bactericide a pielii curate la o persoană sănătoasă, prin aplicarea pe suprafața cutanată a unor germeni din grupul tifoparatific, a arătat o distrugere a acestora în proporție de 85%, în timp de numai 10 minute.

În cazul cînd tegumentele sînt murdare, posibilitatea de distrugere a germenilor se reduce foarte mult, proporția scăzînd la numai 5% din germenii prezenți, distruși într-o perioadă de 10 minute.

Această capacitate de protecție împotriva agresiunii microbiene este asigurată de către sistemul reticulo-endotelial. În mod normal, în derm se găsesc celule fixe cu funcțiuni importante, cum sînt fibrocitele, histiocitele și mastocitele. În caz că pentru anihilarea agresiunii asupra tegumentelor, histiocitele îndeplinesc funcții, fagocitare, mastocitele iau parte la formarea histaminei. Apariția unor iritații la nivelul pielii este însoțită de creșterea numărului de celule mobile, ca, de exemplu, limfocite considerate ca purtătoare de anticorpi.

În cazul unui proces infecțios, cînd pielea trebuie să neutralizeze germenii patogeni care au pătruns în interiorul acesteia, se observă o importantă creștere a leucocitelor neutrofile cu un întreg complex de enzime.

Ținînd seama de rolul deosebit al suprafeței cutanate, este necesară menținerea unei stări de perfectă curățenie a pielii pentru asigurarea integrității funcțiunilor acesteia.

Prin murdărirea cu pulberi, porii suprafeței cutanate sînt obstruați, iar funcțiile pielii, mai ales cele de respirație, secreție și excreție sînt defavorizate.

Modificarea *p*H-ului cutanat spre alcalin prin murdărirea tegumentelor favorizează dezvoltarea germenilor patogeni și implicit apariția unor afecțiuni cutanate microbiene, parazitare sau micotice.

Pentru menținerea curățeniei tegumentelor se recomandă folosirea cît mai frecventă a apei și săpunului. Utilizarea apei calde cu o temperatură de 30°—38 °C produce o dilatare a vaselor pielii, intensifică circulația sanguină, are o acțiune calmantă asupra sistemului nervos, scade sensibilitatea tegumentelor și favorizează o bună dispoziție.

Apa caldă îndepărtează de pe tegumente murdăria, sudoarea, lipoizii, înmuind și dizolvînd diferitele impurități. În cazul folosirii unei ape bo-

Scanned with OKEN Scanner

gate în săruri alcalino-teroase, deci cu o duritate mare, aceasta poate să irite suprafața cutanată.

Asupra tegumentelor săpunul are o acțiune mecanică, dizolvînd grăsimile, emulsionînd impuritățile și fiind un bun dezinfectant. Această acțiune dezinfectantă a săpunului se datorește mai ales hidraților de K sau de Na, precum și acizilor grași. Aceștia distrug germenii patogeni, iar prin acțiunea mecanică este îndepărtată și flora saprofită.

Avînd o puternică acțiune detergentă, prin micșorarea tensiunii superficiale a apei, moleculele de săpun se acumulează la suprafața de contact dintre soluția apoasă și corpul cufundat în soluție, concentrîndu-se la suprafața acestuia și împiedicînd reprecipitarea murdăriei. Operația de curățenie a tegumentelor e favorizată de fricțiunea acestora cu mîna, cu mănușa sau cu buretele care completează acțiunea mecanică urmată de ștergerea cu un prosop uscat, gros și moale, care îndepărtează excesul de apă, evitînd astfel răcirea bruscă a organismului. Curățirea corporală poate fi generală, cînd se efectuează pe întreaga suprafață a corpului și se recomandă cel puțin o dată pe săptămînă, și parțială cînd se adresează anumitor părți ale corpului, mai frecvent murdărite, în activitatea cotidiană și se practică zilnic sau ori de cîte ori este necesar. O atenție particulară se va acorda spălării cel puțin o dată pe zi a regiunii anale, — dacă este posibil după fiecare defecație — și organelor genitale externe.

IGIENA URECHII

Igiena urechii cere curățirea conductului auditiv extern prin spălarea zilnică a acestuia cu apă și săpun, folosindu-se un prosop subțire răsucit sau un tifon.

IGIENA ORGANELOR GENITALE

O bună igienă a organelor genitale externe presupune menținerea acestora într-o stare de curățenie permanentă și cît mai perfectă, prin spălarea lor cu regularitate.

Atît fetele cît și băieții, precum și femeile ca și bărbații, trebuie să-și spele în fiecare seară cu apă călduță și săpun regiunea anală și perineală, precum și organele genitale externe. Copiii trebuie obișnuiți din perioada preșcolară cu aceste deprinderi igienice. La fete în perioada pubertară și la femei, această igienă a regiunilor genitale va trebui să fie menținută tot timpul, dar mai ales în perioadele menstruale. Fiecare membru al familiei va trebui să aibă prosopul său personal, utilizarea obligatorie numai a acestuia trebuind respectată cu stricteță.

Scanned with OKEN Scanner

În absența acestor deprinderi igienice se constată un miros dezagreabil, datorită resturilor de urină, secreţiilor glandelor sebacee mai ales, descuamării epiteliului mucoasei etc. şi este favorizată înmulţirea germenilor microbieni, producîndu-se iritaţii sau chiar inflamaţii.

La bărbaţi, toaleta organelor genitale va consta dintr-o atentă spălare a glandului penisului, a prepuţului şi a şanţului balano-prepuţial în care smegma favorizează înmulţirea germenilor microbieni şi prezenţa unui miros dezagreabil. Spălarea regiunii balano-prepuţiale a penisului se poate face şi numai cu apă simplă, secreţiile fiind hidrosolubile, iar uneori săpunul fiind iritant este mai bine tolerată o soluţie de bromocet [27].

Spălarea mîinilor cu apă şi săpun înainte de efectuarea toaletei organelor genitale este obligatorie. De asemenea este obligatorie spălarea organelor genitale ale bărbatului atît înainte cît şi după contactul sexual. O atenţie particulară se va da păstrării curate a lenjeriei de corp (chiloţi, slip etc.), evitîndu-se murdărirea acesteia cu picături de urină, mai ales după micţiuni. Lenjeria intimă se va schimba cît mai des, îmbibarea acesteia cu sudoare şi resturi de urină constituind un factor de disconfort, care poate defavoriza afinitatea dintre parteneri.

La femei, datorită structurii anatomo-funcţionale a organelor genitale, prezenţa unor secreţii mai abundente favorizează înmulţirea microbiană şi apariţia unor mirosuri dezagreabile. Din aceste motive, se va recomanda spălarea de cel puţin două ori pe zi, dimineaţa şi seara a organelor genitale externe a labiilor mari şi mici, a fantei vulvare şi a regiunii clitoridiene. Totodată se va spăla muntele lui Venus, regiunea anală şi perineală. Înainte de începerea toaletei organelor genitale, se vor spăla atent mîinile cu apă şi săpun, se va urina, iar pentru spălare se va folosi un săpun moale de toaletă, evitîndu-se introducerea acestuia în vagin, fiind iritant. Spălarea se va face cu apă potabilă călduţă, prin turnare cu o cană sau de la duş şi în nici un caz într-un lighean sau în alt recipient. Pentru îndepărtarea resturilor de săpun, care sînt iritante, se va utiliza de asemenea apă potabilă călduţă. Pentru ştergerea apei se pot folosi prosoape curate de hîrtie sau un prosop curat, uscat, moale, utilizat numai în acest scop.

Recomandabil ca vulva să fie spălată după fiecare micţiune, chiar dacă nu se face de fiecare dată cu săpun [27].

Folosirea de către femei a unor spălături sau dezinfectante pentru cavitatea vaginală nu este recomandabilă, spălăturile antiseptice distrugînd flora microbiană normală a mucoasei sănătoase producătoare de acid lactic, modificînd reacţia secreţiei vaginale şi mărind astfel riscul de infecţie.

Fără o indicaţie medicală, utilizarea spălăturilor vaginale după contactul sexual nu este obligatorie, dacă ambii soţi sînt sănătoşi şi respectă regulile de igienă menţionate anterior.

Un factor important pentru profilaxia leucoreei şi infecţiilor constă în respectarea regulilor de igiena alimentaţiei, evitîndu-se constipaţia care favorizează congestia organelor pelviene, inclusiv a celor genitale interne.

Scanned with OKEN Scanner

În timpul perioadei menstruale, datorită mirosului fad, caracteristic al sîngelui care se elimină, se poate crea un disconfort olfactiv dezagreabil. Pentru a se evita acest lucru, bandajul folosit va trebui să absoarbă bine sîngele și să nu permită contactul acestuia cu chilotul sau cu tegumentele din jurul vulvei. Un bandaj igienic trebuie să fie foarte hidrofil, pentru a putea absorbi o cantitate cît mai mare de sînge, să fie moale, ușor și permeabil la aer. Schimbarea bandajelor se va face ori de cîte ori este nevoie, înainte ca sîngele să ajungă la suprafața lor externă. Bandajele de vată hidrofilă sterilă, cu utilizare unică, sînt mai indicate decît cele din țesături din bumbac absorbante care se folosesc de mai multe ori.

Blocarea scurgerii sîngelui, prin introducerea unor tampoane de vată în canalul vaginal nu este recomandabilă, stagnarea sîngelui în vagin favorizînd o rapidă înmulțire a florei microbiene și implicit crescînd pericolul de infecție.

În timpul perioadei menstruale, mai ales la tinerele fete, este recomandabilă evitarea unor eforturi deosebite (competiții sportive, ascensiuni în munți, deplasarea cu bicicletă, cu motocicletă etc.), precum și înotul în bazine, chiar termale sau la mare. De asemenea se va evita dansul, care intensifică eliminarea sîngelui menstrual.

Nu este recomandabilă în această perioadă baia în cadă, trebuind să se utilizeze numai dușul cu apă potabilă călduță.

Toaleta externă a organelor genitale în timpul perioadei menstruale se va face de cîte ori va fi posibil, minim de trei ori pe zi, dimineața la sculare, la prînz și seara înainte de culcare.

În perioada menstruației, recomandările de igiena alimentației constau în evitarea alimentelor excitante și a băuturilor alcoolice care măresc eliminarea de sînge menstrual.

Un factor important pentru o bună igienă a organelor genitale îl constituie o îmbrăcăminte confortabilă, care să se poată ușor spăla, să fie elastică, să nu irite tegumentele și mucoasele zonelor genitale, deosebit de sensibile la acțiunea mecanică. De asemenea se va acorda o atenție deosebită curățeniei chiloților, secrețiile abundente la unele femei, mai ales în perioada de vară, impunînd schimbarea acestora chiar de două ori pe zi.

Acest aspect este deosebit de important pentru comportamentul sexual al partenerilor, putînd favoriza sau defavoriza atracția unuia față de celălalt.

În perioadele reci ale anului se va avea grijă să se asigure o căldură constantă în zona bazinului și organelor genitale la fete și femei prin utilizarea unei îmbrăcăminți care are o bună izolare termică (pantaloni, chiloți mai groși etc.).

Se vor evita astfel numeroasele inflamații ale organelor interne și în special cistita, favorizată de către răceală.

La băieți, o îmbrăcăminte prea strînsă (chiloți sau pantaloni) poate duce la o excitare mecanică prin frecarea mucoasei genitale, mai ales în perioada pubertății, putîndu-se astfel favoriza autoexcitarea sexuală și autoerotismul.

Nu sînt recomandabile slipurile strînse, țesute din material plastic, foarte frecvent folosite de tineri. Ele nu favorizează funcțiile tegumen-

Scanned with OKEN Scanner

telor, permit stagnarea secreţiilor şi măresc riscul apariţiei iritaţiilor şi suprainfecţiilor datorită imposibilităţii de a fi dezinfectate prin fierbere. Din aceste motive se vor interzice astfel de slipuri în caz de infecţii microbiene (inclusiv uretrite), virotice (herpes, vegetaţii veneriene etc.), parazitare (trichomonas, scabie, phtiriaza) sau micotice (candida sau alte ciuperci) [27].

IGIENA BUCO-DENTARĂ

Caria dentară este considerată ca a treia maladie ca importanţă în lume după bolile cardiovasculare şi cancer. Pe fiecare dinte după mîncare poate să apară aşa-numita placă dentară, în care se găsesc germeni microbieni care, acţionînd asupra glucidelor fermentescibile din alimentele ingerate, favorizează apariţia unei acidităţi ce uşurează deteriorarea smalţului dentar. Aceste procese cariogene pot să evolueze rapid în condiţii favorabile. Agresiunea microbiană este favorizată de către absenţa oxigenului, în cavităţile bucale prost îngrijite, murdare, germenii întîlnind condiţii favorabile de anaerobioză.

Pentru igiena mucoasei bucale şi pentru profilaxia proceselor cariogene se recomandă :

1) spălarea cavităţii bucale şi curăţirea dinţilor la maxim 10 minute după consumul alimentelor, prin periaj pe axa mare şi axa mică a dintelui, precum şi a gingiilor, timp de cel puţin 3 minute, favorizîndu-se îndepărtarea resturilor alimentare care constituie adevărate medii de cultură pentru germenii microbieni ;

2) evitarea îngerării în intervalele care separă mesele principale a oricăror alimente, băuturi, dar în special dulciuri care sînt urmate de formarea plăcilor dentare şi apariţia acidităţii la nivelul smalţului ;

3) consultaţii dentare periodice, cel puţin o dată pe an, pentru depistarea unor noi procese cariogene al căror tratament precoce prezintă o mare importanţă, precum şi pentru îndepărtarea pietrei de pe dinţi (detartraj), operaţie care permite în multe cazuri îndepărtarea plăcilor dentare microbiene ;

4) un aport corespunzător de fluor prin apă şi alimente la populaţia infantilă, mai ales înainte de apariţia dentiţiei definitive.

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. ABUREL, E., CĂPRIOARA, D., COJA, N., DOBROVICI, V., GHEORGHIU, N., LORINCZ, A. E., PROTOPOPESCU-PACHE, J., POPESCU, D. D., *Obstetrică şi ginecologie*. Ed. medicală, Bucureşti, 1962.
2. ABULIUS, D., GHEORGHIU, A., *Cartea tinerilor căsătoriţi*. Ed. medicală, Bucureşti, 1971.
3. ALBU, I., *Aspecte morfologice în decursul ontogenezei omului. Biologie şi vîrstă* (sub red. O. Fodor). Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1971.
4. ALESSANDRESCU, D., *Biologia reproducerii umane*. Ed. medicală, Bucureşti, 1976.
5. BACIU, I., *Fiziologie*, Ed. a II-a, Ed. didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1977.
6. BAILEY, A. ş.a., Lancet, 2 ; 722 ; 1977.
7. BARLOW, D. H., *Déviation sexuelle*. Méd. et Hyg. (Genève), nr. 1201, p. 1055—1057, 1976.
8. BERGE, A., *Defectele părinţilor*. Ed. didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1967.
9. BERGE, A., *Copilul dificil*. Ed. didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1972.
10. BIBERI, I., *Eros*. Editura Albatros, Bucureşti, 1974.
11. BRAT, Th., *Tendence actuelles dans le domaine de la contraception Spectrum*. Vol. 14, nr. 6, 1971, p. 1—8.
12. BREUSE, E., *La coéducation dans lés écoles mixtes*. Press. Univ. de Francée, 1970.
13. BRO-JORGENSEN, A., JENSEN, T., Brit. J. vener. Dis., nr. 49, p. 491, 1973.
14. BUTLER, N. R. ş.a., British medical journal, 2 ; 127 ; 1977.
15. CATTERALL, R. D., NICOL, C. S., *Sexually transmitted diseases*. London, Academic Press, 1976.
16. CĂPUŞAN, I., MUREŞAN, I., *Dermatovenerologie*. Ed. didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1965.
17. CHOW, A. W., MALKASIAN, K. L., MARSHALL, J. R., GUZE, L. B., Am. J. Obstet. Gynec., nr. 122, p. 876, 1975.
18. COJA, N., VASILIU, V., (sub red.). *Ginecologie*. Ed. medicală, Bucureşti, 1966.
19. COLE, T. M., *La sexualité des handicapés physiques : nécesité d'une attention medicale accrue*. Méd. et Hyg. (Genève), nr. 1201, p. 1052—1053, 1976.
20. COLONAŞ, C., ABULIUS, D., *Tineretul trebuie să ştie*. Ed. medicală, Bucureşti, 1957.
21. CRISTESCU, MARIA, *Aspecte ale creşterii şi dezvoltării adolescenţilor din R.S.R.* Ed. Acad. R.S.R., Bucureşti, 1969.

22. DARROW, V. W., Clin. obstet. gynecol. nr. 18, p. 255—267, 1975.
23. DASCĂLU, R., *Pubertatea, etapă de transformări neuro-endocrine. Biologie şi vîrstă* (sub red. O. Fodor), Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1971.
24. DAVISON, G. C., *Proposition radicale concernant le traitement de l'homosexualité.* Méd. et Hyg. (Genève), nr. 1201, p. 1054—1055, 1976.
25. DECULESCU, ADRIANA, *Viaţa şi dragostea.* Ed. medicală, Bucureşti, 1969.
26. DOTTRENS, R., *A educa şi a instrui.* Ed. didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1970.
27. DUMITRIU, R., *De vorbă cu tinerii.* Ed. Albatros, Bucureşti, 1970.
28. DUMITRU, I., MADELAINE MAICANESCU-GEORGESCU, ROTARU, M., TEODORESCU-EXARCU, I., TEODORU, G. C., *Fiziologia şi fiziopatologia reproducerii umane.* Ed. medicală, Bucureşti, 1977.
29. ENGSTRÖM, L., *Planification familial et contexte socio-culturel.* Santé du Monde, Janvier 1974, p. 22—28.
30. ESCHENBACH, D. A. ş.a., New Engl. J. Med., nr. 293, p. 166—171, 1975.
31. FIELDIG, J. E., RUSSO, P. K., New Engl. J. Med., 298 ; 337, 1978.
32. FODOR, O. (sub red.), *Biologie şi vîrstă.* Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1971.
33. FORSMANN, S., COPEE, G., *Les jeunes au travail : problèmes de santé.* Série Sécurité, Hyg. et med. du travail, nr. 26, B.I.T. Genève, 1972.
34. GEIGER, W., *L'emploi utile et inutile des dosages hormonaux en gynecologie.* Organorama, nr. 5, 1976, p. 3—10.
35. GELFAND, S. G., MASI, A. T., GARCIA-KUTZBACH, A., J. Rheumatol, nr. 2, p. 83, 1975.
36. GOUNELLE, H., *Hygiène.* Ed. Foucher, Paris, 1969.
37. GOURMONT, R., *Fizica amorului.* Ed. Pygmalion, Iaşi, 1946.
38. GRASSEL, H., *Tineret, sexualitate, educaţie.* Ed. didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1971.
39. GRAUR, Al., *Limba literară.* Ed. ştiinţifică şi enciclopedică, Bucureşti, 1979.
40. HAHN, HOP, *Reflexions sur la nature du vieillisement.* Spectrum, nr. 5—6, p. 6—7, 1975.
41. HEIMAN, J., *La transformation des mythes concernant la sexualité féminine.* Med. et Hyg. (Genève), nr. 1201, p. 1058—1059, 1976.
42. HUNT, M., *Sexual behaviour in the 1970.* New York, Dell, 1974.
43. JICK, A. et al., Lancet, 1 ; 1354, 1977.
44. KAHN-NATHAN, J., *Que fair devant... une dysharmonie sexuelle.* Ed. Masson, Paris, 1976.
45. KAMMEN, van E., *Les hormones sexuelles dans l'insuffisance renale chronique.* Organograma, nr. 4, p. 3—9, 1976.
46. KARLSON, P., LUSCHER, I., *„Pheromones" a new term for a class of biologically active substances.* Nature, 183, 55—56, 1959.
47. KESSLER, A., STANLEY, C. C., *Les recherches sur la reproduction humain et la planification familiale.* Chronique O.M.S., 1974, vol. 28, p. 604—615.
48. KESSLER, A., STANLEY, C. C., *Aspects multiples de la recherche* (la planification familiale). Santé du monde, Janvière 1974, p. 28—35.
49. KLINE, J. ş.a., New Engl. J. Med. nr. 297 ; 793, 1977.
50. KNAPP, J. S., HOLMES, K. K., J. infect. Dis., nr. 132, p. 204, 1975.
51. KOPERA, H., *Le traitement cu climatère.* Organograma, nr. 2, p. 3—8, 1975.
52. LADAME, E. G., SNAKKERS, J., *Pourquoi une psychiatrie de l'adolescence ?* Med. et Hyg. (Genève), nr. 1187, 1976.
53. LAURY, G. V., *La sexualité des vieux.* Med. et Hyg. (Genève), nr. 1201, p. 1050—1051, 1976.
54. LAURY, G. V., *Orientations nouvelles dans le champ de la sexualité humaine.* Med. et Hyg. (Genève), nr. 1201, p. 1045—1046, 1976.
55. LICIU, V. T., *Pregătirea pedagogică a adolescenţilor pentru viaţa de familie.* Ed. didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1975.
56. LO PICOLO, *Nouveaux procédés de traitement direct des problèmes sexuels.* Med. et Hyg. (Genève), nr. 1201, p. 1047—1049, 1976.

Scanned with OKEN Scanner

57. MACE, D. C., BANNERMAN, R. H. O., BURTON, J., *L'Enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*. O.M.S. Cahiers de santé publique, nr. 57, Genève, 1974.
58. MARIA, ALECU-UNGUREANU, *Viața sexuală și căsătoria*. Ed. științifică, București, 1968.
59. MANNING, F. A., FEYERABEND, C., Britisch Journal of obstetrics and gynaecology, 83 ; 262, 1976.
60. MARGINEANU, N., *Adolescența, aspectul ei bio-psiho-social și cultural. Biologie și vîrstă* (sub red. O. Fodor). Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1971.
61. MARY HARRINGTON HALL, *A conversation with Masters and Johnson. Psychology today*. Vol. 3, nr. 2, p. 50—60, 1969.
62. MASTERS, W. H., JOHNSON, V. E., *Human sexual response* (1966) (Les réactions sexuelles). Ed. R. Laffont, Paris, 1968.
63. MARCUSE, H., *Eros and Civilization*. Beacon Press, Boston, 1955.
64. MAICANESCU, M., SAHLEANU, V., IONESCU, B., *Probleme de sexologie masculină*. Ed. medicală, București, 1978.
65. MAXIMILIAN, C., *Aventura geneticii*. Ed. Albatros, București, 1978.
66. MILCU, Șt., MAICANESCU-GEORGESCU, M., *Andrologia clinică*. Ed. Acad. R.S.R., București, 1971.
67. MILCU, Șt., *Climacteriul masculin — ipoteză sau realitate? Biologie și vîrstă* (sub red. O. Fodor). Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1971.
68. MILCU, Șt. (sub red.), *Omul în lumea contemporană*. Ed. științifică, București, 1972.
69. MUREȘAN, P., PRISACARU, C., *Valorile somatometrice ale populației din R.S.R.* Igiena, vol. XXI, nr. 11, p. 655—663, 1972.
70. MURPHY, J. F. ș.a., Lancet, 2, 36 ; 1977.
71. NEUBERT, R., *Probleme de educație a sexelor*. Ed. tineretului, București, 1962.
72. NEWNHAM, W. A., WALKER, W. R., FOGARTHY, P., Med. J. Aust. nr. 2, p. 470, 1975.
73. NOAGHEA, GH., *Cum tratăm bolile venerice*. Ed. medicală, București, 1971.
74. OLLER, L. Z., EDWARD, J. C., LUMB, K. L., Brit. J. vener. Dis., nr. 49, p. 29, 1973.
75. O.M.S., *Symposium europeen sur la lutte contre les maladies venériennes*. Bureau régional de l'Europe. Stockholm, 1963.
76. O.M.S., *Infections gonococcique*. Rapport d'un Comitté O.M.S. d'experts Série de Rapp. Techn., Genève, nr. 262, 1963.
77. O.M.S., *Biologie de la régulation des naissances par la continence périodique*. Rapp. d'un groupe scientifique de l'O.M.S. Sér. Rapp. techn., nr. 360, Genève, 1967.
78. O.M.S., *La contraception par les steroides hormonaux*. Rapport d'un groupe scientifique de l'O.M.S. Sér. Rapp. techn., nr. 386, Genève, 1968.
79. O.M.S., *Les dispositifs intra-utérins ; considerations fiziologique et cliniques*. Rapport d'un groupe scientifique de l'O.M.S. Sér. Rapp. techn., nr. 397, Genève, 1968.
80. O.M.S., *Études récentes sur la régulation de la fecondité*. Rapport d'un groupe scientifique de l'O.M.S. Sér. Rapp. techn., nr. 424, Genève, 1969.
81. O.M.S., *L'avortement spontané ou provoqué*. Rapport d'un groupe scientifique de l'O.M.S. Sér. Rapp. techn., nr. 461, Genève, 1970.
82. O.M.S., *Régulation endocrinienne de la gestation humaine*. Rapport d'un groupe scientifique de l'O.M.S. Sér. Rapp. techn., nr. 471, Genève, 1971.
83. O.M.S., *Méthodes de régulation de la fécondité ; apports récents de la recherche et de l'expérience clinique*. Rapport d'un groupe scientifique de l'O.M.S. Sér. Rapp. techn., nr. 473, Genève, 1971.
84. O.M.S., *La planification familiale et les services de santé*. Rapport d'un comité d'experts de l'O.M.S. Sér. Rapp. techn., nr. 476, Genève, 1971.
85. O.M.S., *L'éducation sanitaire en matière de planification familiale*. Rapport d'un groupe d'étude de l'O.M.S. Sér. Rapp. techn., nr. 483, Gènève, 1971.
86. O.M.S., *Stimulants de la fonction gonadique humaine*. Rapport d'un groupe scientifique de l'O.M.S. Sér. Rapp. techn., nr. 514, Genève, 1973.
87. O.M.S., *La jeunesse et la drogue*. Rapport d'un groupe d'étude de l'O.M.S. Sér. Rapp. techn., nr. 516, Genève, 1973.

Scanned with OKEN Scanner

88. O.M.S., *La fonction reproductive masculine.* Raport d'un groupe d'étude de l'O.M.S. Sér. Rapp. techn., nr. 520, Genève, 1973.
89. O.M.S., *Besoins energetique et besoin en protèines.* Rapport d'un comité special mixte F.A.O./O.M.S. d'experts. Sér. Rapp. techn., nr. 522, Genève, 1973.
90. O.M.S., *Progrès dans les méthodes de régulation de la fecondité.* Rapport d'un groupe scientifique de l'O.M.S. Sér. Rapp. techn., nr. 527, Genève, 1973.
91. O.M.S., *Maturation organique et fonctionelle du foetus.* Rapport d'un groupe scientifique de l'O.M.S. Sér. Rapp. techn., nr. 540, Genève, 1974.
92. O.M.S., *Planification et l'Organisation des Services de Gériatrie.* Rapport d'un comité d'experts. Sér. Rapp. techn., nr. 548, Genève, 1974.
93. O.M.S., *La vieillesse un problème qui nous concerne tous.* Chronique O.M.S. (Genève), v. 28, nr. 11, p. 547—555, 1974.
94. O.M.S., *L'enseignement de la sexologie humaine aux personnels de santé.* Chronique O.M.S. (Genève), vol. 29, p. 56—62, 1975.
95. O.M.S., *Formation des professionnele de santé aux actions d'éducation et du traitement en sexualité humaine.* Rapport d'un reunion de l'O.M.S. Sér. Rapp. techn., nr. 572, Genève, 1975.
96. O.M.S., *Progrès dans les methodes de régulation de la fécondite.* Rapport d'un groupe scientifique de l'O.M.S. Sér. Rapp. techn., nr. 575, Genève, 1975.
97. O.M.S., *La grossesse et l'avortement pedant l'adolescence.* Rapport d'un réunion d'experts de l'O.M.S. Sér. Rapp. techn., nr. 583, Genève, 1975.
98. O.M.S., *Besoins sanitaires des adolescents.* Rapport d'un comité d'experts O.M.S. Sér. Rapp. techn., nr. 609, Genève, 1977.
99. O.M.S., *Aspects sociaux et sanitaires des maladies transmises par voie sexuelle.* Cahiers de Santé publique, Genève, nr. 65, 1977.
100. O.M.S., *Neisseria gonorhoeae et les infections gonococique.* Rapport d'un groupe scientifique de l'O.M.S. Sér. Rapp. techn., nr. 616, Genève, 1978.
101. O.M.S., *Recherche en reproduction humaine : renforcement des resources des pays en dévelopement.* Rapport d'un groupe d'etude de l'O.M.S. Sér. Rapp. techn., nr. 627, Genève, 1978.
102. O.M.S., *L'éducation des jeunes pour la santé.* Chronique O.M.S. (Genève), v. 32, nr. 9, p. 363—365, 1978.
103. PAPILIAN, V., *Anatomia omului.* Ed. a V-a, Ed. didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1979.
104. PAVELCU, V., *Din viaţa sentimentelor.* Ed. Enciclopedică română, Bucureşti, 1969.
105. PENCIU, P., PAVLID, V., *Educaţia sexuală,* Ed. medicală, Bucureşti, 1970.
106. PETEANU, M., *Educaţia relaţiilor dintre sexe.* Ed. didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1973.
107. PITIŞ, M., GRIGORESCU, A., *Hormonii şi sexualitatea.* Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1966.
108. PLAQUEVENT, J., *Misère sans nom.* Ed. du Seuil, Paris, 1955.
109. RICHER, P., *Nouvelle Anatomie artistique. La femme.* Ed. Plon, Paris, 1920.
110. ROUSSELET, J., *Adolescentul, acest necunoscut* (trad din lb. franceză) Bucureşti, 1969.
111. SĂHLEANU, V., MAICANESCU-GEORGESCU, M., *Introducere în sexologia masculină.* Ed. medicală, Bucureşti, 1966.
112. SĂHLEANU, V., *Omul şi sexualitatea.* Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1967.
113. SĂHLEANU, V., *Omul şi îmbătrînirea.* Ed. enciclopedică română, Bucureşti, 1971.
114. SHA, KOKKEN., *Le sex et sa technique.* Ed. Guy de Monceau, Paris, 1963.
116. SLIEPCEVICH, E., *School Health Education Study.* A summary report Library of Congress Card Washington, p. 235—242, 1964.
116. *Smoking and health : a report of the Surgeon General.* Washington, D. C., Departement of Health, Education and Welfare, 1979.
117. SPARKS, R. A., DAVIES, A. J., Brit. J. vener. Dis., nr. 52, p. 178, 1976.
118. SZEKELY, L. şi colab., *Problemele instruirii şi educaţiei sexuale.* Centrul de educaţie sanitară, Budapesta, 1964.

Scanned with OKEN Scanner

119. TANASESCU, G., DOMILESCU, M., CHIRIAC, I., JELEZNEAC, I., STANCIULESCU, I., *Nivelul dezvoltării fizice a copiilor și tinerilor* (4—18 ani) din R.S.R. Igiena, vol. XIX, nr. 1, p. 4—12, 1970.
120. TANNER, J. M., *La croissance et sex désordres. Problèmes intéresant à la fois la biologie humaine et la pediatrie.* Das Medizinische Prisma, nr. 4, 1977.
121. TAYLOR, P. K., SETH, A. D., Brit. J. vener. Dis., nr. 51, p. 183, 1975.
122. VASILIU, V., *Igiena intimă a femeii.* Ed. medicală, București, 1966.
123. VALEANU, V., DANIEL, C., *Psihosomatica feminină.* Ed. medicală, București, 1977.
124. VINCENT, R., *Cunoașterea copilului.* Ed. didactică și pedagogică, București, 1972.
125. VINȚI, I., *Adolescentul de azi, familia de mîine.* Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1973.
126. VINȚI, I., *Sfaturi pentru tinerii căsătoriți.* Ed. medicală, București, 1975.
127. VULCAN, P., BĂDĂNOIU, A., *Probleme actuale în diagnosticul și tratamentul uretritelor.* Ed. medicală, București, 1975.
128. ZISULESCU, ȘT., *Adolescența.* Ed. didactică și pedagogică, București, 1966.
129. WESTRÖM., Am. J. Obstet. Ginec., nr. 121, p. 707—713, 1975.
130. WIESNER, P. J., TRONCA, E., BONIN, P., PEDERSEN, A. H. B., HOLMES, K. K., New Engl. J. Med., nr. 288, p. 181, 1973.

Scanned with OKEN Scanner

00015974

CUPRINSUL

Prefaţă ... 5
Introducere ... 7
Morfologia sexelor ... 9
Organele genitale şi funcţia de reproducere la femeie ... 11
Organele genitale şi funcţia de reproducere la bărbat ... 30
Dezvoltarea ontogenetică şi evoluţia sexualizării ... 43
Pubertatea ... 49
Adolescenţa ... 62
Căsătoria ... 91
Comportamentul sexual ... 98
Fiziologia activităţii sexuale ... 102
Fertilitatea şi infertilitatea ... 127
Climacteriul feminin ... 146
Climacteriul masculin ... 154
Unele aspecte privind sexualitatea la persoanele în vîrstă ... 157
Tulburări sexuale la bărbat ... 162
Tulburări sexuale la femeie ... 165
Apareunia ... 170
Intersexualitatea ... 173
Deviaţii ale comportamentului sexual ... 176
Bolile transmise prin contact sexual şi profilaxia acestora ... 187
Igiena individuală ... 213
Bibliografie ... 220

Scanned with OKEN Scanner

30

Scanned with OKEN Scanner

În cadrul medicinei, Igiena este considerată ca „Ştiinţa sănătăţii". Noţiunea de sănătate a fost definită de O.M.S. ca „o stare bună fizică, mintală şi socială care nu constă numai în absenţa bolii sau infirmităţii". Interrelaţia dintre aceste atribute este atît de strînsă încît nu se poate concepe o dezvoltare sănătoasă fizică şi neuropsihică fără asigurarea unor condiţii social-economice corespunzătoare.

În ţara noastră, „Asigurarea sănătăţii populaţiei, afirmarea deplină a capacităţii de muncă şi creaţie a omului, creşterea şi educarea unor generaţii viguroase, capabile să perpetueze şi să ducă mai departe înaltele virtuţi morale şi spirituale ale poporului, constituie obiective principale ale politicii partidului şi statului nostru în procesul multilateral de dezvoltare şi înflorire a patriei de ridicare a bunăstării şi prosperităţii întregii naţiuni".

(Legea nr. 3/1978 privind asigurarea sănătăţii populaţiei, art. 1).

Lei 15